

ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Ε. Λαζαράτου, Γ. Γιαννακόπουλος

ΑΘΗΝΑ 2016

ΤΟΜΟΣ 28 ΤΕΥΧΟΣ 2

Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος Γ. ΚΟΥΡΑΚΗΣ
Αντιπρόεδρος Σ.Γ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
Γεν. Γραμματέας Ε. ΘΗΡΑΙΟΣ
Ειδ. Γραμματέας Θ.Γ. ΒΡΑΧΛΙΩΤΗΣ
Ταμίας Μ. ΣΑΜΑΡΚΟΣ
Μέλη Ε.Δ. ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ
Σ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ
Γ. ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ
Δ.Τ. ΜΠΟΥΜΠΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Ψυχοπαθολογία της εφηβείας: Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες	7
<i>Δημήτρης Κ. Αναγνωστόπουλος, Γιώργος Γιαννακόπουλος</i>	
2. Η αναμόρφωση της ταυτότητας στην εφηβεία και οι κίνδυνοι για παροδική ή χρόνια ψυχοπαθολογία	20
<i>Χρήστος Ζερβής</i>	
3. Η διαγνωστική εκτίμηση του εφήβου	41
<i>Ελένη Λαζαράτου</i>	
4. Οι ψυχώσεις κατά την εφηβική ηλικία	59
<i>Νίκος Ζηλίκης</i>	
5. Κατάθλιψη στην εφηβεία	84
<i>Γιώργος Γιαννακόπουλος</i>	
6. Η ψυχική οικονομία των διαταραχών πρόσληψης τροφής: Ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία, επεισοδιακή υπερφαγία	98
<i>Ευγενία Σουμάκη, Κωνσταντίνα Μαγκλάρα</i>	
7. Απαντήσεις	117

Το Κλινικό Φροντιστήριο
Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΠΦΥ
Παρουσιάστηκε στο
4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Αθήνα 11 - 14 Μαΐου 2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το εφαρμοσμένο κλινικό φροντιστήριο «Η Έγκαιρη Ανίχνευση και Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ψυχικής Υγείας Εφήβων στην ΠΦΥ» και το παρόν συνοδευτικό βιβλίο αποτελούν συνεισφορά της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας στο 42ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο και είναι συνέχεια του κλινικού φροντιστηρίου «Η Έγκαιρη Ανίχνευση και Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ψυχικής Υγείας Παιδιών στην ΠΦΥ» του 41ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου.

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωση του. Η μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία και στη συνέχεια στην ενήλικη ζωή σημαδεύεται από μία αύξηση στα συνολικά ποσοστά των ψυχιατρικών διαταραχών. Μάλιστα, οι διαταραχές αυτές έχουν σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για τους ίδιους τους εφήβους, τους γονείς τους, τους φίλους τους, αλλά και για το σύστημα υπηρεσιών (όπως τα συστήματα υγείας και εκπαίδευσης).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) μπορεί να λειτουργήσει ανιχνευτικά και να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα ζητήματα αυτά. Ειδικότερα οι γιατροί της ΠΦΥ είναι εκείνοι που έχουν την δυνατότητα εξαιτίας της στενής τους σχέσης με την οικογένεια να αντιληφθούν τόσο τις δυσμενείς ψυχοκοινωνικές καταστάσεις όσο και τους βιοψυχικούς παράγοντες κινδύνου και να δράσουν ανάλογα. Επομένως, ο προληπτικός τους ρόλος είναι ουσιώδης και έχει τεράστια αξία γιατί, αν ασκηθεί με πληρότητα, εξασφαλίζει την καλύτερη δυνατή υγεία στο σύνολο της κοινωνίας. Η παρούσα εκπαιδευτική προσπάθεια στοχεύει ακριβώς να βοηθήσει τους γιατρούς της ΠΦΥ στην επιτέλεση αυτού του ρόλου τους δίνοντας βασικά και απαραίτητα γνωστικά εφόδια.

Στο παρόν βιβλίο ως εισαγωγή στο θέμα προτάσσουμε την παρουσίαση των χαρακτηριστικών και των ιδιαιτεροτήτων της ψυχοπαθολογίας της εφηβείας, ενώ στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται το κύριο θέμα της αναμόρφωσης της ταυτότητας στην εφηβεία και οι κίνδυνοι για παροδική ή χρόνια ψυχοπαθολογία και συνεχίζουμε με την περιεκτική περιγραφή της διαγνωστικής εκτίμησης του εφήβου. Στη συνέχεια επιλέξαμε να αναφερθούμε με αντίστοιχα κεφάλαια στις πιο συχνές σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές της εφηβικής ηλικίας που η εμφάνισή τους διαπλέκεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής της αναπτυξιακής φάσης. Πιο συγκεκριμένα αναφερόμαστε στις ψυχώσεις κατά την εφηβική ηλικία, την κατάθλιψη στην εφηβεία και την ψυχική οικονομία των διαταραχών πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία, βουλμία, επεισοδιακή υπερφαγία).

Επιθυμούμε να ευχαριστήσουμε την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών τόσο για την πρωτοβουλία της να διοργανώσει αυτό το σημαντικό κλινικό φροντιστήριο, όσο και για την ευκαιρία που μας έδωσε να το πραγματοποιήσουμε καθώς και να εκδώσουμε το παρόν βιβλίο.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλουμε στους εξαίρετους συναδέλφους που δέχθηκαν να μας συνδράμουν σ' αυτή την προσπάθεια, δεν φείσθηκαν χρόνου και κόπου τόσο για την προετοιμασία και διεξαγωγή του φροντιστηρίου όσο κι για την άρτια και ενήμερη συγγραφή των κεφαλαίων τους.

Εντέλει πρόκειται για μια συλλογική προσπάθεια, η οποία φυσικά δεν μας απαλλάσσει από την αποκλειστική ευθύνη τυχόν παραλείψεων.

Ελπίζουμε το βιβλίο αυτό να είναι χρήσιμο και βοηθητικό για όσους το διαβάσουν και να επιτελέσει το στόχο του, δηλαδή τόσο την προσφορά έγκυρης και τεκμηριωμένης γνώσης όσο, εξίσου σημαντικό, της ευαισθητοποίησης του ιατρικού κόσμου στα ζητήματα της συνέχειας της ψυχικής υγείας και την αναγκαιότητα έγκαιρης φροντίδας των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων.

Οι επιμελητές της έκδοσης

Δημήτρης Κ. Αναγνωστόπουλος	Ελένη Λαζαράτου	Γιώργος Γιαννακόπουλος
<i>Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Διευθυντής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών</i>	<i>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών</i>	<i>Παιδοψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών</i>

1. Ψυχοπαθολογία της εφηβείας:

Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες

Δημήτρης Κ. Αναγνωστόπουλος¹, Γιώργος Γιαννακόπουλος²

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωση του.
- Η εφηβική περίοδος διακρίνεται σε τρία στάδια: την πρόωμη εφηβεία (11-14 έτη), τη μέση εφηβεία (14-17 έτη) και την όψιμη εφηβεία (17-21 έτη).
- Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση, οι βασικές ψυχικές διεργασίες που βρίσκονται σε λειτουργία κατά την περίοδο της εφηβείας είναι η αναβίωση της παιδικής σεξουαλικότητας, η αίσθηση απώλειας του αντικειμένου, το συναισθηματικό εκκρεμές, η διεργασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης και η διαδικασία αποϊδανικοποίησης.
- Είναι αναγκαίο να βλέπουμε την εφηβεία και την ψυχολογική εξέλιξη σαν μια συνέχεια όπου κάθε εξελικτική φάση παίζει σπουδαίο ρόλο και καθορίζει το πώς θα διαμορφωθούν τα επόμενα στάδια.
- Στην εφηβεία κάθε λύση για ένα πρόβλημα που απασχολεί τον έφηβο επηρεάζει το πώς θα βιώσει την υπόλοιπη περίοδο της εφηβείας.
- Η πορεία προς την κατάκτηση των αναπτυξιακών επιτευγμάτων της εφηβείας διαδραματίζεται μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο και επηρεάζεται σημαντικά από τα χαρακτηριστικά του εφήβου και των γονέων του.
- Το μέσο ποσοστό οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής στην εφηβεία είναι 21.8%. Η μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικότητα σηματοδεύεται από μία αύξηση στα συνολικά ποσοστά των ψυχιατρικών διαταραχών.
- Δεδομένου ότι πολλές από τις ψυχιατρικές διαταραχές δεν έχουν θορυβώδη ή αντικειμενικά μετρήσιμα συμπτώματα, οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι για-

¹Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Διευθυντής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Παιδοψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

τροί πρέπει να είναι σε εγρήγορση όταν παρουσιαστούν προειδοποιητικά σημεία ενδεικτικά ψυχιατρικών διαταραχών.

- Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία σε αυτή την αναπτυξιακή περίοδο.
- Οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για τους ίδιους τους εφήβους, τους γονείς τους, τους φίλους τους, αλλά και για το σύστημα υπηρεσιών (όπως τα συστήματα υγείας και εκπαίδευσης).
- Οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές της εφηβείας είναι θεραπεύσιμες, αν και μπορεί να διαφέρει κάθε φορά αυτό που θα φέρει θεραπευτικό αποτέλεσμα σε κάθε ψυχιατρική διαταραχή και σε κάθε μεμονωμένο έφηβο.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβική ψυχιατρική ασχολείται με την ψυχοπαθολογία που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας¹ καθορίζει τα χρόνια της εφηβείας από τα 10 έως τα 19 έτη. Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωση του. Η ενηλικίωση κοινωνικά γίνεται αποδεκτή με άλλο τρόπο και σε διαφορετικό χρόνο, σύμφωνα με τις πολιτισμικές αξίες της κάθε κοινωνίας. Έτσι η εφηβεία από την σύγχρονη ψυχιατρική σκοπιά αντιμετωπίζεται ως το σύνολο των ψυχολογικών αναπτυξιακών διαδικασιών που συνδέονται με τις ωριμοποιητικές μεταβολές της ήβης, δια μέσου των συγκεκριμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών^{2,3}.

Οι αναφορές στα ψυχολογικά προβλήματα των εφήβων ξεκινούν από την αρχαιότητα αλλά μετά τη βιομηχανική επανάσταση, η παιδική και η εφηβική ηλικία γίνονται αντικείμενο της επιστημονικής έρευνας. Η καθιέρωση της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και τα τεράστια μεταναστευτικά κύματα, από την επαρχία στην πόλη και από την μία χώρα στην άλλη έφεραν στο προσκήνιο τα ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών και των εφήβων. Το σύγχρονο ενδιαφέρον για την εφηβική ψυχιατρική αρχίζει από τη δεκαετία του 1960 με την αναγνώριση της σημασίας της εφηβείας για την διαμόρφωση της ενήλικης προσωπικότητας, τα κινήματα των νέων στις δεκαετίες 1960 και 1970 και τη δραματική αύξηση των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών εξαιτίας των σύγχρονων κοινωνικών μεταβολών. Το 1990 η Ευρωπαϊκή Ένωση Μονοειδικοτήτων μετονομάζει την ειδικότητα της παιδοψυχιατρικής σε ψυχιατρική του παιδιού και του εφήβου^{2,3}.

Αν επιχειρούσαμε να συνοψίσουμε το «λεξιλόγιο» της εφηβείας, αυτό θα περιλάμβανε ενδεικτικά τα εξής:

- Μειζονες ψυχολογικές αλλαγές.
- Ρευστότητα.
- Προηγούμενες εμπειρίες ζωής.
- Δομή και λειτουργία της οικογένειας.
- Κοινωνικοί δεσμοί.
- Ψυχοπιεστική περίοδος.
- Αναζητήσεις.
- Φρεσκάδα και ζωντάνια.
- Επιθετικότητα.
- Αυτονομία.
- Ανεξαρτητοποίηση.
- «Κρίση της εφηβείας».

2. ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Τα χαρακτηριστικά και κυρίαρχα θέματα της πρώιμης εφηβείας, η οποία τυπικά εκτείνεται από τα 11 έως τα 14 έτη, συνοψίζονται στα εξής⁴:

- Χαλάρωση δομής της προσωπικότητας της λανθάνουσας περιόδου.
- Παρέα με άτομα του ίδιου φύλου.
- Παρουσία «κολλητού».
- Διανοητικοποίηση.
- Προοδευτική αποδέσμευση από τα πρωταρχικά αντικείμενα αγάπης.
- Εναλλαγές συμπεριφοράς.
- Αυτονόμηση και ανταγωνισμός με γονείς.
- Ζητάει βοήθεια από τους γονείς.
- Αυνανιστική δραστηριότητα.
- Ομάδα συνομηλίκων.

Τα χαρακτηριστικά και κυρίαρχα θέματα της μέσης εφηβείας, η οποία τυπικά εκτείνεται από τα 14 έως τα 17 έτη, συνοψίζονται στα εξής⁴:

- Αναζήτηση και επίτευξη ετερόφυλων σχέσεων.
- Σαφής διαδικασία αποχωρισμού.
- Σύνδεση με τον κόσμο των ενηλίκων.

- Σχέσεις εφήβου – γονέων.
- Αναζήτηση προτύπων, φιλοσοφικών και ιδεολογικών τοποθετήσεων.
- Υπαρξιακά ερωτήματα.
- Να «τον αφήσουν ήσυχο».

Τα χαρακτηριστικά και κυρίαρχα θέματα της όψιμης εφηβείας, η οποία τυπικά εκτείνεται από τα 17 έως τα 21 έτη, συνοψίζονται στα εξής⁴:

- Απαρτίωση εαυτού.
- Προσωπική ταυτότητα.
- Προσαρμογή στις κοινωνικές απαιτήσεις.
- Νιώθει σαν άντρας ή γυναίκα.
- Πιο σταθερές κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις.
- Έτοιμος ψυχολογικά για ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις.
- Το μέλλον του ανήκει.
- Περνά στη ζωή των ενηλίκων.
- Συνεργάσιμος και παραγωγικός.

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση, οι βασικές ψυχικές διεργασίες που βρίσκονται σε λειτουργία κατά την περίοδο της εφηβείας είναι η αναβίωση της παιδικής σεξουαλικότητας, η αίσθηση απώλειας του αντικειμένου, το συναισθηματικό εκκρεμές, η διεργασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης και η διαδικασία αποϊδανικοποίησης. Η ειδική συμπτωματολογία της εφηβείας αντανακλά την προσπάθεια επίλυσης της κρίσης ή την αποτυχία αυτής της προσπάθειας. Επομένως, η ψυχοδυναμική οπτική μελετά ιδιαίτερα τη σχέση της ψυχοπαθολογίας με τις ειδικές διεργασίες της εφηβείας, όπως η εγκατάσταση της γενετήσιας σεξουαλικότητας, η ανάπτυξη της αυτονομίας και του αισθήματος ταυτότητας, αλλά ταυτόχρονα και τη διάρθρωση της ψυχοπαθολογίας με την ψυχική οργάνωση της λανθάνουσας περιόδου και των πρώτων αναπτυξιακών σταδίων.

Είναι δύσκολο να ορισθεί με ακρίβεια πότε τελειώνει χρονολογικά η εφηβεία. Συχνά συμβαίνει για λόγους κοινωνικούς, πολιτισμικούς η εφηβεία να παρατείνεται και να παρατείνεται η ψυχολογική ή/και η οικονομική εξάρτηση του έφηβου από τους γονείς του. Είναι αναγκαίο να βλέπουμε την εφηβεία και την ψυχολογική εξέλιξη σαν μια συνέχεια όπου κάθε εξελικτική φάση παίζει σπουδαίο ρόλο και καθορίζει το πώς θα διαμορφωθούν τα επόμενα στάδια. Στην εφηβεία κάθε λύση για ένα πρόβλημα που απασχολεί τον έφηβο επηρεάζει το πώς θα βιώσει την υπόλοιπη περίοδο της εφηβείας.

3. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Τυπικά, το άτομο με το πέρας της εφηβείας και κατόπιν επιτυχούς επεξεργασί-

ας των κυρίαρχων θεμάτων αυτής της περιόδου κατατάσσονται τα εξής κρίσιμα αναπτυξιακά επιτεύγματα⁴:

- Αυτονομία και ανεξαρτητοποίηση.
- «Κάτοχος» του σώματός του, αίσθηση της ώριμης σωματικής του ανάπτυξης.
- Δόμηση και αποσαφήνιση της σεξουαλικής ταυτότητας και του ρόλου του φύλου.
- Εξεύρεση σεξουαλικού αντικειμένου.
- Ωριμες σεξουαλικές σχέσεις.
- Αίσθηση εαυτού.
- Σύστημα των δικών του αξιών, ιδεών και στάσεων προς τη ζωή.

Ωστόσο, η πορεία προς την κατάκτηση αυτών των αναπτυξιακών επιτευγμάτων διαδραματίζεται μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο και επηρεάζεται σημαντικά από τα χαρακτηριστικά του εφήβου και των γονέων του.

Τα τυπικά χαρακτηριστικά του εφήβου ως προς τους γονείς και την οικογένεια συνοψίζονται στα εξής:

- Η συνέχεια της συναισθηματικής του ανάγκης να έχει κάποιον για να τον φροντίζει.
- Η δυσκολία που έχει μερικές φορές να αναλάβει ευθύνες.
- Ο φόβος της κριτικής, όταν δέχεται και αναλαμβάνει ευθύνες.
- Η έλλειψη της επιθυμίας μερικές φορές να εργαστεί ή να συνεργαστεί με τους ενήλικες.

Τα τυπικά χαρακτηριστικά των γονέων του εφήβου, από την άλλη πλευρά, θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής:

- Επιθυμία να ελέγχουν απόλυτα τον έφηβο.
- Δυσκολία να μοιραστούν με άλλους την αγάπη και την εμπιστοσύνη του.
- Φόβο ότι κάτι κακό θα του συμβεί, όταν θα απομακρυνθεί από την οικογένεια.
- Τάση να υποτιμούν την ικανότητα και τη δύναμη του εφήβου να λειτουργεί ανεξάρτητα.
- «Κρίση μέσης ηλικίας».

4. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Στην αναπτυξιακή θύελλα της εφηβείας αναγνωρίζονται τρία κεντρικά χαρακτηριστικά: οι αναταραχές στη διάθεση, οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και οι συγκρούσεις με τους γονείς⁵. Αν και οι έφηβοι παρουσιάζουν μεγάλες ατομικές διαφορές, το γεγονός ότι οι αναταραχές στη διάθεση και η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά δεν

είναι ασυνήθεις σε αυτή την περίοδο της ανάπτυξης, υποδηλώνει ότι εσωτερικευόμενες και εξωτερικευόμενες μορφές ψυχοπαθολογίας υπερέχουν συγκριτικά με την παιδική ηλικία και την ενηλικιότητα. Επομένως, τα όρια ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό, ανάμεσα στις κανονικές δυσκολίες και στις ψυχιατρικές διαταραχές, γίνονται λιγότερο σαφή στην εφηβεία. Στο σημείο αυτό παρατίθεται μία χαρακτηριστική κλινική βινιέτα⁶:

Η Ελένη είναι μία 15χρονη έφηβη που προσήλθε με τον πατέρα της στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Οι γονείς της πήραν διαζύγιο όταν εκείνη ήταν 4 ετών και συναντιόταν με τον πατέρα της δύο Σαββατοκύριακα τον μήνα. Την ημέρα που εισήχθη στο νοσοκομείο, ο πατέρας της την είχε πάει στο σημείο συνάντησης όπου την άφηνε συνήθως για να την πάρει η μητέρα της. Όταν εκείνος ξεκίνησε να φύγει, η Ελένη γαντζώθηκε πάνω του και άρχισε να κλαίει. Είχε την τάση στο παρελθόν να καταφεύγει σε δραματικές εκδηλώσεις προκειμένου να εμποδίσει τους γονείς της ή τους στενούς της φίλους να φύγουν και να την αφήσουν. Αυτή τη φορά, είπε στον πατέρα της ότι η ζωή της είχε γίνει αφόρητη και αν δεν έμενε μαζί της ο πατέρας, θα σκοτωνόταν. Ο πατέρας της προσπάθησε να την ηρεμήσει, αλλά εκείνη του φώναζε ότι δεν την άκουγε και σήκωσε τη φούστα της για να αποκαλύψει χαρακιές και καψίματα στους μηρούς της. Ο πατέρας σοκαρίστηκε: από την παιδική της ηλικία, η Ελένη ήταν πάντα ιδιαίτερα συναισθηματική και αντιδραστική. Πρόσφατα, ο πατέρας της άρχισε να ανησυχεί καταλαβαίνοντας ότι η κόρη του έπινε αλκοόλ και την είχαν πιάσει κάποιες φορές να κλέβει μικροπράγματα από καταστήματα ρούχων. Ωστόσο, δεν γνώριζε τις αυτοτραυματικές πράξεις της κόρης του. Η Ελένη του αποκάλυψε ότι χαρακωνε και έκαιγε το σώμα της πάνω από 2 χρόνια. Έκλαιγε με αναφιλητά και κατηγορούσε τον πατέρα της ότι ποτέ δεν ήταν δίπλα της επιλέγοντας να κάνει τη ζωή του με την νέα του οικογένεια. Ο πατέρας προσπάθησε να την πάρει αγκαλιά του για να την καθησυχάσει, εκείνη τον γρονθοκόπησε και άρχισε να τρέχει μακριά. Όταν ένα διερχόμενο αυτοκίνητο παραλίγο να τη χτυπήσει, εκείνη κατέρρευσε και ο πατέρας μπόρεσε να την πιάσει και να τη μεταφέρει στο νοσοκομείο. Κατά την εισαγωγή της, ήταν απόλυτα ήρεμη και είπε ότι ένιωθε αποκομμένη από το σώμα της – ένα αίσθημα που είχε συχνά όταν ένιωθε μεγάλη πίεση. Έξυνη διαρκώς το δέρμα της και δήλωσε ότι δεν ήθελε να έρθει στο νοσοκομείο η μητέρα της.

Σε αυτή τη σύντομη βινιέτα μίας έφηβης με αναδυόμενη οριακή διαταραχή προσωπικότητας συνοψίζεται ένα μικτό πλήθος φαινομενολογικών χαρακτηριστικών των ψυχιατρικών διαταραχών της εφηβείας. Εξωτερικευόμενα προβλήματα, όπως εκρήξεις οργής, ευερεθιστότητα, αυτοτραυματισμοί, χρήση ουσιών, παραβατικές συμπεριφορές, θυελλώδεις σχέσεις, και εσωτερικευόμενη δυσφορία, όπως το άγχος και το αίσθημα δυστυχίας.

Πότε η ευερεθιστότητα, η δυσφορία και η συναισθηματική αστάθεια είναι μέρος της κανονικής εφηβικής αναζήτησης του εαυτού και πότε συμπτώματα μίας διαταραχής της διάθεσης; Πότε ο πειραματισμός με το αλκοόλ και τις ουσίες καταλήγει στη

διαταραχή της χρήσης ουσιών; Ποιοι έφηβοι είναι πιο ευάλωτοι να μετακινηθούν στα ψυχοπαθολογικά άκρα του συνεχούς της ψυχικής υγείας; Γιατί πολλοί έφηβοι προσαρμόζονται με επιτυχία και τι είναι αυτό που τους προστατεύει από σημαντικές διαταραχές; Ποιοι αναπτυξιακοί παράγοντες, τωρινοί και ιστορικοί, καθορίζουν τις τροχιές που θα ακολουθήσουν οι έφηβοι είτε προς τις συνήθειες και αναμενόμενες δυσκολίες είτε προς μία αναδυόμενη ψυχιατρική διαταραχή; Αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα που μπορούν να κατανοηθούν μόνο μέσα από την εξειδικευμένη γνώση των ψυχιατρικών διαταραχών της εφηβείας.

Όταν τα ψυχικά συμπτώματα προκαλούν μείζονα συναισθηματική δυσφορία ή εμποδίζουν σημαντικά την καθημερινή ζωή και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του εφήβου για μία περίοδο χρόνου, συστήνεται διαγνωστική αξιολόγηση από ψυχίατρο παιδιών και εφήβων. Δεδομένου ότι πολλές από τις ψυχιατρικές διαταραχές δεν έχουν θορυβώδη ή αντικειμενικά μετρήσιμα συμπτώματα, οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι γιατροί πρέπει να είναι σε εγρήγορση όταν παρουσιαστούν προειδοποιητικά σημεία ενδεικτικά ψυχιατρικών διαταραχών. Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία σε αυτή την αναπτυξιακή περίοδο⁷.

Προσεγγίζοντας αναπτυξιακά τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην εφηβεία, θα μπορούσαμε να τους ταξινομήσουμε σε δύο αδρές κατηγορίες: αφενός τους διαχρονικούς παράγοντες κινδύνου που ασκούν μία διά βίου επιρροή στον κύκλο ζωής του ατόμου και αφετέρου τους ειδικούς κατά ηλικία παράγοντες κινδύνου που ασκούν πιο σημαντική επιρροή κατά την περίοδο της εφηβείας. Στην πρώτη κατηγορία, τους διαχρονικούς παράγοντες συγκαταλέγονται το γενετικό/βιολογικό υπόβαθρο, το ιστορικό προβλημάτων σωματικής ή ψυχικής υγείας του παιδιού και της οικογένειάς του, τα ελλείμματα στο ψυχοκοινωνικό ή εκπαιδευτικό περιβάλλον, η έκθεση σε επιβλαβείς ουσίες ή τοξικούς παράγοντες, η έκθεση σε βία, η κακοποίηση και η παραμέληση. Στη δεύτερη κατηγορία, τους ειδικούς για την εφηβική περίοδο παράγοντες κινδύνου, συγκαταλέγονται οι βιολογικές αλλαγές και οι αποτυχίες στα κρίσιμα αναπτυξιακά καθήκοντα αυτής της περιόδου, δηλαδή δυσκολίες στην επιτυχή μετάβαση στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, στην ακαδημαϊκή επιτυχία, την ψυχολογική αυτονομία, τον σχηματισμό στενών σχέσεων με συνομηλίκους και των δύο φύλων, και τη συνοχή της αίσθησης ταυτότητας του εαυτού⁷.

5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Ο ακριβής υπολογισμός του αριθμού των εφήβων που παρουσιάζει ψυχιατρική διαταραχή είναι δύσκολος για διάφορους λόγους: πολλοί έφηβοι είναι απρόθυμοι να αποκαλύψουν αυτές τις διαταραχές, οι ορισμοί των διαταραχών μπορεί να διαφέ-

ρουν και οι ψυχιατρικές διαγνώσεις βασίζονται στην κλινική κρίση των ψυχιάτρων παιδιών και εφήβων και δεν μπορούν να βασιστούν σε τεστ ή βιολογικούς δείκτες.

Το μέσο ποσοστό οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής στην εφηβεία είναι 21.8% (IQR 14.8-22.8). Οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι η συχνότερη διάγνωση στην εφηβεία (μέση τιμή 12.1%, IQR 3.3-18.3). Ακολουθούν οι αγχώδεις διαταραχές (μέση τιμή 10.7%, IQR 5.5-14.9) και οι καταθλιπτικές διαταραχές (6.1%, IQR 3.1-7.2). Κατά μέσο όρο, οι μελέτες εντοπίζουν το 3%-4% των εφήβων να πάσχει από οποιαδήποτε διαταραχή συμπεριφοράς (διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή ΔΕΠΥ)⁸.

Ο επιπολασμός των σπάνιων διαταραχών (εκείνων με σημειακό επιπολασμό λιγότερο του 1%) είναι δύσκολο να υπολογιστεί, εκτός εάν τα δείγματα είναι πολύ μεγάλα. Η Βρετανική μελέτη της παιδικής και εφηβικής ψυχικής υγείας του 1999, με δείγμα πάνω από 10,000 άτομα, βρήκε ότι το 0,5% των εφήβων (11-15 ετών) είχαν μία ή περισσότερες «σπάνιες». Διαχρονική μελέτη διδύμων (N=2127) ανέφερε επιπολασμό 5.9% για οποιοδήποτε οριστικό ψυχωτικό σύμπτωμα στην ηλικία των 12 ετών⁹. Ασφαλώς μία πλήρης κατά DSM ψυχωτική διαταραχή είναι εξαιρετικά σπάνια μέχρι την όψιμη εφηβεία. Σε δείγμα 2790 εφήβων διδύμων στις ΗΠΑ, το 46% των κοριτσιών και το 15% των αγοριών είχαν ένα ή περισσότερα συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας, αλλά μόνο δύο άτομα πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής¹⁰. Σε δείγμα 3021 Γερμανών εφήβων και νέων (14-24 ετών), το 0.3% είχε διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας τους τελευταίους 12 μήνες και το 0.7% διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας¹¹.

Ο επιπολασμός της διαταραχής πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία κυμαίνεται από 0.3% ως 1.2% στους πληθυσμούς των εφήβων, ωστόσο το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κρίσεις πανικού χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής είναι τριπλάσιο. Τα ποσοστά διπολικής διαταραχής με πρώιμη έναρξη κυμαίνονται από 1% ως 1.6% στους εφήβους ηλικίας 14-18 ετών. Ο επιπολασμός του αυτισμού, ο οποίος παρουσιάζει διαχρονική αύξηση στην καταγραφή του, ανέρχεται σε 0.6% στους εφήβους 10-17 ετών, παρουσιάζοντας πενταπλασιασμό την τελευταία εικοσαετία. Στην εφηβεία τα ποσοστά των χρόνιων διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής Tourette είναι αρκετά χαμηλά, πιθανόν λιγότερο από 1%⁸.

Η βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνει ότι συνολικά τα ποσοστά των εφηβικών ψυχιατρικών διαταραχών έχουν αλλάξει σημαντικά τα τελευταία σαράντα χρόνια. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα προβλήματα διαγωγής στην ηλικία των 15-16 ετών αυξήθηκαν από το 1974 έως το 1999, ενώ τα υπερκινητικά και συναισθηματικά συμπτώματα στην εφηβεία παρουσίασαν τάση αύξησης από το 1986 ως το 1999⁸.

Τα ποσοστά των ψυχιατρικών διαταραχών στη Βρετανική αυξάνονταν από το 8.6% στην ηλικία των 8-10 ετών σε 9.6% στα 11-12 έτη και σε 12.2% στα 13-15⁹.

Όλες οι μελέτες ομόφωνα δείχνουν αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης καθώς τα παιδιά κινούνται προς την εφηβεία, αν και σε κάποιες μελέτες η αύξηση είναι σημαντική μόνο στα κορίτσια. Όλες οι μελέτες, επίσης, δείχνουν αύξηση στις διαταραχές χρήσης ουσιών και μείωση στη ΔΕΠΥ και τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού κατά τη μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία. Τα στοιχεία για τη διαταραχή διαγωγής και την εναντιωματική προκλητική διαταραχή διαφέρουν στις επιμέρους μελέτες και δείχνουν μέτρια αύξηση σε κάποιες ή σταθερότητα στα κορίτσια και ελαφρά πτώση στα αγόρια σε κάποιες άλλες. Όσον αφορά τις πιο σπάνιες διαταραχές, οι διαταραχές φάσματος αυτισμού και τα τικ δείχνουν λιγότερα ή ηπιότερα συμπτώματα κατά τη μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία, ενώ η διαταραχή πανικού, η διπολική διαταραχή, οι ψυχώσεις και οι διαταραχές διατροφής αρχίζουν να αυξάνονται σε συχνότητα κατά τη μετάβαση αυτή. Όλες οι διαταραχές που μειώνονται στην εφηβεία με εξαίρεση τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, είναι συχνότερες στα αγόρια. Από τις διαταραχές που αναδύονται ή αυξάνονται στην εφηβεία, η κατάθλιψη, ο πανικός και οι διαταραχές διατροφής είναι συχνότερες στα κορίτσια, ενώ οι ψυχώσεις και οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι συχνότερες στα αγόρια⁸.

6. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικότητα σημαδεύεται από μία αύξηση στα συνολικά ποσοστά των ψυχιατρικών διαταραχών. Οι διαταραχές χρήσης ουσιών, η διαταραχή πανικού και οι διαταραχές διατροφής κυριαρχούν σε αυτή την αύξηση. Αντίθετα, οι διαταραχές διαταρακτικής συμπεριφοράς, η ΔΕΠΥ και τα τικ συνεχίζουν να μειώνονται, όπως άλλωστε συμβαίνει και με τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, την κοινωνική φοβία, και τις ειδικές φοβίες. Η ιστορία της κατάθλιψης είναι πιο δύσκολο να ερμηνευτεί. Κάποιες μελέτες αναφέρουν μία μέτρια αύξηση στον επιπολασμό της καθώς οι έφηβοι μεταβαίνουν στην ενηλικότητα, ενώ υπάρχουν και αντίθετες ενδείξεις για μέτρια μείωση του επιπολασμού από το 7.2% στο 5.2%⁸.

Η ομοτυπική πρόγνωση αναφέρεται σε μία διαταραχή που προβλέπει τον εαυτό της προοδευτικά (π.χ. προηγούμενη κατάθλιψη προβλέπει κατοπινή κατάθλιψη). Η ετεροτυπική πρόγνωση αναφέρεται σε διαφορετικές διαταραχές που προβλέπουν η μία την άλλη προοδευτικά. Αυτά τα μοτίβα ενδεχομένως δείχνουν ότι οι διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές αντικατοπτρίζουν μία γενική διαδικασία νόσου που έχει ειδικές φαινοτυπικές εκφράσεις σε διαφορετικά αναπτυξιακά πλαίσια. Η ομοτυπική συνέχεια είναι ισχυρότερη από την ετεροτυπική συνέχεια μεταβαίνοντας από την παιδική στην εφηβική ηλικία. Την πιο ισχυρή ομοτυπική συνέχεια εμφανίζουν οι διαταραχές χρήσης ουσιών και την πιο ασθενή αλλά επίσης σημαντική ομοτυπική συνέχεια εμφανίζουν οι αγχώδεις διαταραχές⁸.

Αναφορικά με την ετεροτυπική συνέχεια, η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία προβλέπει αγχώδεις διαταραχές στην εφηβεία και οι αγχώδεις διαταραχές στην παιδική ηλικία φαίνεται να προβλέπουν την κατάθλιψη στην εφηβεία. Πάνω από το 75% των νεαρών ενηλίκων με ψυχιατρικές διαταραχές είχαν την πρώτη τους διάγνωση στην ηλικία 11-18 ετών⁸. Η ομοτυπική συνέχεια είναι ισχυρότατη κατά τη μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικότητα. Η ετεροτυπική συνέχεια, αν και είναι λιγότερη συχνή από την ομοτυπική, εμφανίζει τρία μοτίβα που έχουν υποστηριχθεί από πολλές μελέτες: (1) η ομάδα των αγχωδών και των καταθλιπτικών διαταραχών φαίνεται να προβλέπουν η μία την άλλη, (2) οι διαταραχές διαταρακτικής συμπεριφοράς στην εφηβεία προβλέπουν αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές στην ενηλικότητα, αλλά δεν ισχύει και το αντίστροφο και (3) η διαταραχή διαγωγής στην εφηβεία προβλέπει διαταραχή χρήσης ουσιών στην ενηλικότητα.

7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για τους ίδιους τους εφήβους, τους γονείς τους, τους φίλους τους, αλλά και για το σύστημα υπηρεσιών (όπως τα συστήματα υγείας και εκπαίδευσης). Οι διαταραγμένες σχέσεις, η χαμηλή σχολική και ακαδημαϊκή επίδοση, οι ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, η εφηβική εγκυμοσύνη και η αυξημένη εμπλοκή σε παραβατικότητα είναι οι πιο συχνές επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών στην εφηβεία. Όμως η πιο καταστροφική δυνητική συνέπεια των ψυχιατρικών διαταραχών στην εφηβεία είναι η αυτοκτονία – η τρίτη κατά σειρά πιο συχνή αιτία θανάτου στις ηλικίες 10-24 ετών μετά τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες. Αν και η αυτοκτονία μπορεί να έχει πολλές αιτίες, το 90% των εφήβων που αυτοκτονούν έχουν ψυχιατρική διαταραχή και περίπου το 60% υποφέρει από κατάθλιψη¹².

Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι η κύρια αιτία επιβάρυνσης με όρους χαμένων χρόνων ζωής πλήρους υγείας στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ιδιαίτερα στις ηλικίες 15-24 ετών (50 χαμένα χρόνια ζωής ανά 1000 αγόρια και 52 χαμένα χρόνια ζωής ανά 1000 κορίτσια). Οι καταθλιπτικές διαταραχές, η χρήση αλκοόλ, η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η διαταραχή χρήσης ουσιών είναι κατά σειρά, μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών, οι κυριότερες αιτίες επιβάρυνσης¹².

Οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές της εφηβείας είναι θεραπεύσιμες, αν και μπορεί να διαφέρει κάθε φορά αυτό που θα φέρει θεραπευτικό αποτέλεσμα σε κάθε ψυχιατρική διαταραχή και σε κάθε μεμονωμένο έφηβο. Ένα θεραπευτικό σχήμα που συντονίζεται από τον ψυχίατρο παιδιών και εφήβων και περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικές θεραπείες (π.χ. ατομική ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική γονέων, οικογενειακή θεραπεία, ομαδική θεραπεία, τεχνικές συμπεριφορικής διαχείρισης) ή και

φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι η ενδεδειγμένη θεραπευτική πρόταση. Δυστυχώς, για το 60-90% των εφήβων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή δεν αναζητούνται ή δεν λαμβάνονται οι υπηρεσίες που χρειάζονται. Πολύ συχνά οι οικογένειες ταλαιπωρούνται αναζητώντας μη συμβατικές θεραπείες ή υπηρεσίες από επαγγελματίες χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση. Η έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους, οι περιορισμοί στην ασφαλιστική κάλυψη του κόστους των θεραπειών και οι χαμένες ευκαιρίες έγκαιρης αναγνώρισης των ψυχιατρικών διαταραχών από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους γιατρούς εξηγούν το πρόβλημα αυτό τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς¹³. Όμως, πάνω από όλα αυτά, είναι το κοινωνικό στίγμα των ψυχιατρικών διαταραχών που κυρίως αποστερεί τους εφήβους από την κατάλληλη φροντίδα. Η υπέρβαση του στίγματος, και μάλιστα πρώτα-πρώτα από εμάς τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, είναι ίσως η πιο τετριμμένη αλλά τελικώς και η πιο πρωτοποριακή πρόσκληση για δράση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. WHO, Geneva, 2014.
2. Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. Εφηβική Ψυχιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1998, 15:11-14.
3. Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. Εισαγωγή στην εφηβική ψυχοπαθολογία. Στο: Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική. Εκδ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2005.
4. Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων. Στο: Βαϊδάκης Ν, Αλεβίζος Β, Ευθυμίου Κ (επιμ) Σεξουαλική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία. Εκδ Βήτα, Αθήνα, 2001:21-31.
5. Arnett, JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. *Am Psychol* 1999, 54:317-326.
6. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2015, 56:1266-1288.
7. Cicchetti D, Rogosch FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:6-20.
8. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry* 2011, 52:1015-1025.
9. Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *Br J Psychiatry* 2004, 185:298-305.
10. Rowe R, Pickles A, Simonoff E, Bulik CM, Silberg JL. Bulimic symptoms in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: correlates, comorbidity, and genetics. *Biol Psychiatry* 2002, 51:172-82.

11. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998, 28:109-126.
12. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011, 377:2093-2102.
13. Rocha TB, Graeff-Martins AS, Kieling C, Rohde LA. Provision of mental healthcare for children and adolescents: a worldwide view. *Curr Opin Psychiatry* 2015, 28:330-335.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποιο από τα παρακάτω δεν αποτελεί χαρακτηριστικό ή κυρίαρχο θέμα κατά την πρώιμη εφηβεία (11-14 έτη);
 - A. Παρέα με άτομα του ίδιου φύλου.
 - B. Αυνανιστική δραστηριότητα.
 - Γ. Προσωπική ταυτότητα
 - Δ. Ομάδα συνομηλίκων

2. Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί χαρακτηριστικό ή κυρίαρχο θέμα κατά τη μέση εφηβεία (14-17 έτη);
 - A. Αναζήτηση και επίτευξη ετερόφυλων σχέσεων
 - B. Σαφής διαδικασία αποχωρισμού
 - Γ. Αναζήτηση προτύπων, φιλοσοφικών και ιδεολογικών τοποθετήσεων
 - Δ. Όλα τα παραπάνω

3. Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία ψυχιατρικής διαταραχής κατά την εφηβεία.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

4. Το μέσο ποσοστό οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής στην εφηβεία είναι 12%.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

5. Το 60-90% των εφήβων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

2. Η αναμόρφωση της ταυτότητας στην εφηβεία και οι κίνδυνοι για παροδική ή χρόνια ψυχοπαθολογία

Χρήστος Ζερβής

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η εφηβεία είναι μια καθοριστική για την πορεία του ατόμου ψυχολογική καμπή, που έχει τον χαρακτήρα της ανατροπής της προηγούμενης σωματο-ψυχικής ταυτότητας και οδηγεί στην ενήλικο ψυχική οργάνωση.
- Η εφηβεία περιλαμβάνει μια σωματική διάσταση, *την ήβη*, και μια ψυχο-νοητική διάσταση η οποία αφορά αναμόρφωση της ταυτότητας και των σχέσεων με τον έξω κόσμο, εδραίωση των σεξουαλικών χαρακτηριστικών, ψυχο-νοητική ωρίμανση του τύπου του ενηλίκου.
- Τα χαρακτηριστικά της εφηβείας κάθε ατόμου καθορίζονται από την ατομική μέχρι τότε πορεία του αλλά και από γονιδιακούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, και με αυτήν την έννοια είναι διαφορετικά από τόπο σε τόπο όπως και μέσα στην ιστορία.
- Η σωματο-ψυχική αναδόμηση της εφηβείας συνεπάγεται ριζικές αλλαγές στο σώμα, στην ταυτότητα και στις σχέσεις με τον εξωτερικό κόσμο.
- Σε ένα ψυχικό επίπεδο, κινητοποιείται αφενός μια ναρκισσιστική δυναμική, δηλαδή μια διαφορετικού τύπου επένδυση του εαυτού που πρέπει πάλι, όπως στην πρώτη παιδική ηλικία, να αναγνωριστεί και να γίνει αποδεκτός. Κινητοποιείται αφετέρου μια οιδιποδειακή δυναμική, ως επιβεβαίωση του φύλου και της ψυχικής δόμησης με βάση την ψυχική διευθέτηση που είχε επιτευχθεί κατά τη οιδιπόδεια φάση της παιδικής ηλικίας.
- Μπροστά στην προοπτική βαθιάς δομικής αλλαγής, ο έφηβος μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με εσωτερικές συγκρούσεις, που είναι δείγμα της εσωτερικής του αμφιθυμίας. Η εν λόγω κατάσταση, σε ήπιο βαθμό, είναι αρκετά συνήθης αλλά σε άλλες πιο προβληματικές καταστάσεις ο έφηβος πρέπει να χρησιμοποιήσει ψυχικές διευθετήσεις που ονομάζονται μηχανισμοί άμυνας όπως από-

Ψυχίατρος, Παιδοψυχίατρος, Ψυχαναλυτής, Διευθυντής στο Τμήμα Ψυχιατρικής Εφήβων & Νέων του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

θηση, διχασμό, μόνωση, παλινδρόμηση, ασκητισμό, διανοητικοποίηση, περάσματα στην πράξη κ.ά.

- Δυσκολίες κατά την προηγούμενη, παιδική, ζωή του εφήβου, οι οποίες μπορεί να έχουν προκαλέσει καθηλώσεις, δηλαδή να έχουν αφήσει προβληματικά σημεία στη ψυχική του δομή, ή/και δυσκολίες κατά τη φάση της εφηβείας, ενδέχεται να δυσκολέψουν την εφηβική εξέλιξη και να προκαλέσουν την έκλυση ψυχοπαθολογίας.
- Το οικογενειακό περιβάλλον είναι το πεδίο όπου κατ' εξοχήν εκδηλώνεται η εφηβική κρίση. Ο ενδεχόμενος εκρηκτικός χαρακτήρας της τελευταίας συνήθως συνδέεται με τη μεγάλη δυσκολία του εφήβου να αποστασιοποιηθεί, προκειμένου να «μεγαλώσει» και να αυτονομηθεί, από τον κόσμο των γονέων. Οι γονείς μπορούν να τον διευκολύνουν τηρώντας μια ισορροπημένη στάση ανάμεσα στην αναγνώριση της ανάγκης του για μεγαλύτερη αυτονομία και της συνεχιζόμενης ανάγκης του να συνεχίζουν να τον στηρίζουν οι γονείς του για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα ακόμη.
- Νέες ταυτίσεις με άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντός του, θα επιτρέψουν στον έφηβο να βρει και να εσωτερικεύσει νέα στηρίγματα ενώ ταυτοχρόνως πορεύεται σε ένα δικό του ψυχικό δρόμο.
- Η εφηβεία εξ ορισμού, ως ηλικιακή φάση που χαρακτηρίζεται από τη διαδικασία ένταξης στο εκάστοτε κοινωνικό περιβάλλον, επηρεάζεται, ως προς την πορεία της και το περιεχόμενό της, από τον κοινωνικό χώρο μέσα στον οποίο εκτυλίσσεται. Σε αυτό το πλαίσιο τίθεται ο προβληματισμός της ενδεχόμενης σχέσης ανάμεσα στην κρίση των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών και την παρατηρούμενη επίταση των χαρακτηριστικών της εφηβικής κρίσης στην εποχή μας.

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Ετυμολογικά, ο λατινικός όρος *adolescens*, που είναι ο πρώτος όρος που χρησιμοποιήθηκε, στην αρχαία Ρώμη, για να αποδοθεί αυτός(ή) που σήμερα ονομάζουμε «έφηβο», σημαίνει «αυτός που μεγαλώνει»¹. Η εφηβεία ορίζεται ως η ηλικιακή φάση η οποία διαδέχεται την παιδική ηλικία, με σημείο έναρξης την εμφάνιση των σωματικών εκδηλώσεων της ήβης, και σημείο ολοκλήρωσης την πλήρη ανάπτυξη μιας νέας σωματο-ψυχικής οργάνωσης με βάση μια νέα έμφυλη τώρα πια ταυτότητα και μιαν αντίστοιχη νέου τύπου σχέση με τον έξω κόσμο, στο πλαίσιο μιας νέου τύπου, ενήλικης αυτονομίας.

Υπό το ψυχαναλυτικό πρίσμα, η εφηβεία αποτελεί την τελευταία, μεγάλη, καθοριστική, ψυχολογική καμπή που οδηγεί στην ενήλικη ψυχική οργάνωση. Ο Φρόυντ, ο οποίος, όπως πρέπει να σημειωθεί, αναφέρεται στη συντριπτική πλειοψηφία των αναφορών του επ' αυτού στην ήβη και όχι στην εφηβεία, γράφει στα *Τρία δο-*

κίμια για τη θεωρία της σεξουαλικότητας ότι «Με την αρχή της ήβης εμφανίζονται μεταμορφώσεις που θα οδηγήσουν την παιδική σεξουαλικότητα στη φυσιολογική τελική της μορφή»².

Σε ένα ψυχο-νοητικό επίπεδο, η εφηβεία περιλαμβάνει απόκτηση γνώσεων, ικανοτήτων και της δυνατότητας διαχείρισης των αισθημάτων και των σχέσεων. Η ψυχολογική κατάληξη της εφηβείας, με την αποδοχή των ρόλων και της ταυτότητας του ενηλίκου, συμπίπτει με την αποδοχή των κοινωνικών αξιών.

Ηλικιακά, η εφηβική περίοδος αντιστοιχεί στην ηλικία ανάμεσα στα 10 και τα 19 έτη. Στα κορίτσια συνήθως αρχίζει λίγο πιο νωρίς σε σχέση με τα αγόρια. Πρέπει όμως να διευκρινιστεί ότι ενώ η έναρξή της εφηβείας είναι πιο εύκολο να εντοπιστεί (σχετίζεται με την έναρξη της ήβης), η ολοκλήρωσή της δεν είναι καθόλου δυνατόν να τοποθετηθεί χρονικά με σαφή τρόπο.

Η εφηβεία είναι μια από τις πιο γρήγορες φάσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης, με την έννοια ότι κατά τη διάρκειά της, σε μικρό χρονικό διάστημα, λαμβάνουν χώρα πολλές αλλαγές σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, κάτι το οποίο βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με αλλαγές στις σχέσεις και στη θέση του εφήβου στο οικογενειακό και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Το ευχάριστο, εξαιρετικά δημιουργικό της αναπτυξιακής αυτής φάσης, η οποία ισοδυναμεί με ολοκλήρωση του εαυτού, συνυπάρχει και με το ευάλωτο της ψυχικής ισορροπίας, την αδυναμία του Εγώ, ιδιαιτέρως κατά την πρώτη φάση της εφηβείας, όταν λαμβάνουν χώρα κυρίως οι συναισθηματικές ανακατατάξεις στον ψυχισμό του εφήβου, ενώ δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί οι ονομαζόμενες «εκτελεστικές λειτουργίες», που σχετίζονται με τον έλεγχο των ενορμήσεων και τη ικανότητα λήψης αποφάσεων, και οι οποίες οργανώνονται κατά τη δεύτερη φάση της εφηβείας. Η εν λόγω αλληλουχία βρίσκει την αντίστοιχη αποτύπωσή της σε ένα νευροβιολογικό επίπεδο, με αλλαγές αρχικά στο μεταιχμιακό σύστημα και στη συνέχεια στον προμετωπιαίο φλοιό.

Η ανατροπή της προηγούμενης, παιδικής, ψυχικής ισορροπίας, σε συνδυασμό με τη μεγάλη ώση των ενορμήσεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι υπεύθυνες για την ενίσχυση της παρορμητικότητας, των περασμάτων στην πράξη και της συχνά ρηχής ψυχικής επεξεργασίας σε αυτή την ηλικιακή φάση. Όλα αυτά δίνουν το δικαίωμα σε κάποιους ειδικούς της εφηβείας να τη συγκρίνουν, καταχρηστικά θα λέγαμε, με τη δομή της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας.

Σε κάποιες κοινωνίες, συνήθως πιο παραδοσιακές, η εφηβεία αναγνωρίζεται ως πιο σύντομη διάρκεια και ισοδυναμεί, στενά, με την ήβη και τις σωματικές αλλαγές που αυτή περιλαμβάνει, και οι οποίες οδηγούν στη γενετήσια ωριμότητα. Σε άλλες, συνήθως πιο «σύγχρονες» κοινωνίες δυτικού τύπου, η εφηβεία, θεωρούμενη ως μεγαλύτερης διάρκειας, αναγνωρίζεται με ένα ευρύτερο τρόπο, πέραν του σωματικού, περιλαμβάνοντας ψυχολογικά, κοινωνικά και ηθικά χαρακτηριστικά¹.

Συνεπώς, ο αρχικά αναφερθείς περιγραφικός ορισμός της εφηβείας, αν και μέσα από τη συνοπτικότητά του αφήνει να διαφανεί ότι αυτή μπορεί να οριστεί με ένα σαφή τρόπο, σε μια δεύτερη ανάγνωση μπορεί να αποδειχθεί ότι η εφηβεία ως έννοια είναι αρκετά ασαφής, αφού περιλαμβάνει τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά και κοινωνικά συστατικά, τα οποία επιδέχονται διαφοροποιήσεις από τόπο σε τόπο και μέσα στο χρόνο και στην ιστορία, ενώ ταυτοχρόνως επηρεάζονται από ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Είναι ενδεικτικό ότι ακόμη και η σωματική διάσταση της εφηβείας, η οποία είναι η μόνη διάσταση η οποία θα μπορούσε να συνδεθεί πιο στέρεα με απτούς βιολογικούς μηχανισμούς (σε αντίθεση με τα ψυχολογικά και κοινωνικά της χαρακτηριστικά που επηρεάζονται έντονα από κοινωνικούς και ιστορικούς παράγοντες) φαίνεται ότι δεν καθορίζεται μόνο από αμετακίνητα κάθε φορά ατομικά (βιολογικά) χαρακτηριστικά, δεδομένου ότι τα τελευταία επηρεάζονται όχι μόνο από γονιδιακούς αλλά και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ενδεικτικά, στην αμερικανική βιβλιογραφία αποδίδεται σε διατροφικούς παράγοντες το γεγονός ότι η εφηβεία στη χώρα αυτή ξεκινά 1-2 χρόνια νωρίτερα από ό,τι ξεκινούσε πριν από 100 χρόνια. Βεβαίως, η διατροφή φαίνεται να μην είναι ο μόνος καθοριστικός παράγοντας και τα πράγματα είναι πιο πολύπλοκα, αφού, για παράδειγμα, ψυχολογικοί παράγοντες ή συνθήκες παιδικών εμπειριών κακοποίησης ή/και σεξουαλικής αποπλάνησης μπορούν να επηρεάσουν τόσο την έκλυση και τη διάρκεια όσον και τα χαρακτηριστικά όχι μόνο της εφηβείας αλλά και της σωματικής συνιστώσας της, τής ήβης³.

Όλα αυτά θέτουν υπό αμφισβήτηση τη σταθερότητα των χαρακτηριστικών της εφηβείας και θέτουν περαιτέρω ερωτήματα: ποια είναι η φύση της εφηβείας, βιολογική, ορμονική ή καθορίζεται από ιστορικούς και κοινωνικούς παράγοντες; Πώς οι μεν εμπλέκονται με τους δε και ποιος καθορίζει ποιόν; Πρόκειται για ερωτήματα τα οποία απαντώνται με διάφορους τρόπους από τους ειδικούς, θεωρητικούς ή/και κλινικούς, κάποιοι από τους οποίους φθάνουν μέχρι να αμφισβητήσουν το «αυτονόητο» της ύπαρξης της εφηβείας ως διακριτής ηλικιακής φάσης.

2. ΟΙ ΔΟΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Ανεξάρτητα από τη ρευστότητα των χαρακτηριστικών της, παραμένει ότι η εφηβεία αναγνωρίζεται ως ηλικία ψυχικών δομικών αλλαγών. Κατά τη διάρκεια της λαμβάνουν χώρα δημιουργικές αποδομητικές και ταυτοχρόνως επανα-απαρτιωτικές σωματο-ψυχικές διαδικασίες. Είναι δηλαδή σαν να γκρεμίζεται και να ξαναχτίζεται η προσωπικότητα, με βάση το παλαιό αλλά με καινούργια υλικά. Αυτές όμως οι διαδικασίες διαθέτουν ταυτοχρόνως το δυναμικό για να προκαλέσουν και διαφόρων τύπων ψυχικές συγκρούσεις.

Το σώμα βρίσκεται στο επίκεντρο της σωματο-ψυχικής ανέλιξης που θα κα-

θορίσει την εφηβεία. Το σώμα είναι, θα λέγαμε, ένα ενδιάμεσο αντικείμενο ψυχικής επένδυσης, ανάμεσα στη ναρκισσιστική, αρχική επένδυση του εαυτού και στην επένδυση των εξωτερικών αντικειμένων. Στη φάση της εφηβείας το σώμα παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο, ως πρώτος και κεντρικός πυρήνας οργάνωσης του Εγώ, ως φορέας της ύπαρξης του εφήβου σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, ως μέσον έκφρασης αλλά και ως μέσον σχέσης. Ψυχαναλυτές συγγραφείς φθάνουν να συγκρίνουν το σώμα του εφήβου με αυτό του νεογέννητου όσον αφορά τον καθοριστικό διαμεσολαβητικό ρόλο του, στη σχέση με τη μητέρα τότε και στις σχέσεις με τα νέα αντικείμενα που ενδιαφέρουν τώρα τον έφηβο.

Στο πλαίσιο αυτής της δυναμικής, η εφηβεία χαρακτηρίζεται, σε ένα ψυχικό επίπεδο, από ενδοψυχικές αναδομήσεις οι οποίες είναι σε αλληλεπίδραση με αντικειμενοτρόπους μεταθέσεις, δηλαδή με μετάθεση του ψυχο-σεξουαλικού ενδιαφέροντος σε νέα εξωτερικά αντικείμενα.

Οι απαιτούμενες ψυχικές μετατοπίσεις και αναμορφώσεις είναι πολλές, λεπτές, αλληλοεπηρεαζόμενες, και η πιθανότητα ψυχοπαθολογικής παρέκκλισης είναι ισχυρή, κάτι το οποίο εξηγεί και την υψηλή συχνότητα, σε σχέση με άλλες ηλικιακές φάσεις, εκδήλωσης ενός ευρέος φάσματος ψυχικών δυσκολιών και διαταραχών κατά την εν λόγω περίοδο της ζωής.

Όσον αφορά το σώμα, κατά τη διάρκεια της εφηβείας λαμβάνει χώρα η σωματική ενεργοποίηση της *ήβης*, η οποία οδηγεί σε μια απότομη αναμόρφωση της σωματικής διάπλασης του εφήβου, με επιβεβαίωση και ενίσχυση των χαρακτηριστικών του φύλου. Η εσωτερική, ορμονική ώθηση προς αυτή την κατεύθυνση, με μοχλό ένα εσωτερικό βιολογικό ρολόι, είναι εμφανής. Όπως όμως ήδη ελέχθη, δεν είναι αμελητέα, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, και η συμβολή του εξωτερικού περιβάλλοντος, μέσα από φυσικούς παράγοντες (παράδειγμα διατροφή) αλλά επίσης και μέσα από συναισθηματικούς αλλά και σεξουαλικά διεγερτικούς παράγοντες.

Αν στην εφηβεία το βιολογικό φύλο είναι, φυσικά, ήδη καθορισμένο (ήδη από την ενδομήτρια φάση), οι ορμόνες οι οποίες καθορίζουν τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου και οι οποίες ολοκληρώνουν την έμφυλη βιολογική ταυτότητα αυξάνονται από τη φάση της ηλικίας των 5 με 8 χρόνων και κορυφώνονται στη φάση της εφηβείας, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου.

Οι εν λόγω σωματικές αλλαγές προκαλούν, σε ένα ψυχικό επίπεδο, πρώτα απ' όλα, την κινητοποίηση μιας *ναρκισσιστικής προοπτικής*, ένα δηλαδή αναγκαστικό, έντονο ενδιαφέρον για το σώμα και για τον εαυτό γενικότερα, σε μια προσπάθεια νέας απαρτίωσης του καινούργιου σωματικού και ψυχικού είναι. Η εν λόγω εξέλιξη αντιστοιχεί και σε ένα είδος ναρκισσιστικής αναδίπλωσης, στροφής δηλαδή προς τον εαυτό, και σε κάποιο βαθμό παλινδρόμησης, σε βάρος του ενδιαφέροντος για τα εξωτερικά αντικείμενα.

Ταυτοχρόνως όμως, οι σωματικές μεταμορφώσεις και ιδιαίτερος αυτές που αφορούν την ενεργοποίηση των ερωτογενών ζωνών, οδηγούν, επίσης, σε ενδιαφέρον για νέου τύπου εξωτερικά αντικείμενα, τα οποία θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στη γενετήσια, τώρα πια, σεξουαλικότητα και στην ενδυναμωμένη σωματοψυχική υπόσταση. Και η ναρκισσιστική προοπτική και η γενετήσιου χαρακτήρα νέα αντικειμενότροπος προοπτική αναπτύσσονται, όπως ήδη ελέχθη, σε βάρος κάποιων προηγούμενων αντικειμενοτρόπων επενδύσεων, κάτι το οποίο δημιουργεί στον έφηβο, ο οποίος ενδέχεται να μην αναγνωρίζει πλέον τον εαυτό του, όχι μόνο ευχάριστη προσδοκία για κάτι που επιθυμεί να έρθει χωρίς να μπορεί να το προσδιορίσει με ακρίβεια, αλλά ενδεχομένως και αναστάτωση και αμηχανία, πολύ συχνά επιφυλακτικότητα και αμυντική διάθεση απέναντι στις νέες ανάγκες και στα νέα ενδιαφέροντα.

Έτσι, ο έφηβος «ψάχνεται» και αναρωτιέται γύρω από το σώμα του, όπως αναρωτιέται γύρω από το *είναι* του γενικότερα. Η συχνή άμυνα του εφήβου απέναντι σε ό,τι μπορεί να ερεθίσει το νεοαποκτηθέν, σε κάποιο βαθμό, ερωτογενές σώμα είναι ενδεικτική του εύθραυστου της σωματικής προβληματικής, που υποδύεται η ναρκισσιστική αναδιάρθρωση, και της αμυντικής διάθεσης απέναντι σε νέου τύπου διεγέρσεις, ενώ δηλώνει τη δυσκολία του εφήβου να ενσωματώσει στο Εγώ του τα νέα στοιχεία που αφορούν το σώμα του και το *είναι* του. Οι αυτοερωτικές δραστηριότητες εντάσσονται στην ίδια λογική αναγνώρισης και οργάνωσης του εαυτού, στη βάση πειραματισμών για νέες, συναισθηματικές ή/και ενδεχομένως γενετήσιες σεξουαλικότητας, σχέσεις, μέσα από την προσομοίωση που αντιπροσωπεύουν οι φαντασιώσεις. Ο έφηβος φαντασιώνει, πραγματοποιεί, δηλαδή, στη φαντασία του, νέου τύπου σχέσεις και ικανοποιήσεις, δίνοντας έτσι διέξοδο σε αναφύμενες επιθυμίες, χωρίς να τολμά να αναλάβει τις συνέπειες που αυτή η ενδεχόμενη εκπλήρωση στην πράξη θα συνεπαγόταν.

Σε αυτήν τη διαδικασία αναγνώρισης εαυτού, υπάρχει μια αναλογία με την κατάσταση στην αρχή της ζωής, με την έννοια της ανάγκης αναπαράστασης και οικειοποίησης του εαυτού, δηλαδή ως αναγνώριση, οργάνωση και ενσωμάτωση αισθήσεων και αντιλήψεων που πηγάζουν από ένα σώμα και ένα ψυχισμό που πρέπει να αναγνωριστούν, να γίνουν αποδεκτά και να αναπαρασταθούν. Αν στην αρχή της ζωής η μητέρα έπαιξε ένα βοηθητικό ρόλο σε αυτή την αναπαράσταση του Εγώ, κυρίως μέσα από την επένδυση και το καθρέφτισμα του σωματο-ψυχικού *είναι* του μωρού της και την απόδοση εκ μέρους της νοήματος στις ακατέργαστες σωματοψυχικές του εκφράσεις, στη φάση της εφηβείας το όλο έργο ανήκει αποκλειστικά στον έφηβο. Από τις σχέσεις με εξωτερικά αντικείμενα, που έχουν αποκτηθεί κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, κάποιες θα πρέπει να αναιρεθούν και κάποιες άλλες να επαναδιαταχθούν σε νέους συνδυασμούς κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης.

Σε αυτήν τη γραμμή σκέψης, ο P. Blos⁴ βλέπει στην εφηβεία μια δεύτερη διαδικασία εξατομίκευσης, που περιλαμβάνει ένα νέο αποχωρισμό από το πρωταρχικό αντικείμενο, για να επενδυθούν νέα αντικείμενα.

Η εν λόγω ναρκισσιστική προοπτική της εφηβείας ακολουθείται ή διαπλέκεται φυσικά και με μια *οιδιπόδεια*, με την έννοια ότι έρχεται στην επιφάνεια η αναγνώριση και η ανάδειξη της έμφυλης ταυτότητας του εφήβου μέσα από το ενδιαφέρον για εξωτερικά σεξουαλικά αντικείμενα, με βάση την οιδιπόδεια οργάνωση που είχε επιτευχθεί κατά την οιδιποδειακή ηλικία (3-6 έτη). Είναι σαν το οιδιπόδειο σύμπλεγμα να ενεργοποιείται πάλι κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ξεκινώντας από το πλαίσιο της οικογένειας. Αν οι συνθήκες, οι ψυχικές, οικογενειακές και κοινωνικές είναι ικανοποιητικές, η οιδιποδειακή απαγόρευση και δόμηση θα επιβεβαιωθεί.

Η ναρκισσιστική και οιδιπόδεια προοπτική συνεπάγονται και σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο της *ταυτότητας*⁵. Ήδη, ο αποχωρισμός και το πένθος απέναντι στα γονικά μορφοειδώλα ακολουθούνται από αντίστοιχες εσωτερικεύσεις και ταυτίσεις, κατά το γνωστό σχήμα, σύμφωνα με το οποίο όπου υπάρχει πένθος ενός αντικειμένου ακολουθεί η ταύτιση με το χαμένο αντικείμενο. Έπειτα, η επιβεβαίωση της οιδιπόδειας απαγόρευσης και απώθησης οδηγεί επίσης σε νέες ταυτίσεις και εσωτερικεύσεις, δηλαδή στην εσωτερίκευση του νόμου και σε ταυτίσεις με προϊόντα μετάθεσης των γονικών ειδώλων, δηλαδή με πρότυπα τα οποία και τον νόμο σέβονται αλλά και επιτρέπουν την ικανοποίηση, λιγότερο ή περισσότερο μετουσιωμένη. Έτσι, προσφέρονται για ταυτίσεις πρότυπα όπως ένας επιτυχημένος τραγουδιστής, ένας περιθωριακός καλλιτέχνης, που αποτελούν εικόνες συμβιβασμού, προϊόντα μεταβολισμού της αμφιθυμίας, πλησιάσματος και ταυτόχρονης απομάκρυνσης από τους γονείς. Τέλος, αλλά ίσως πιο βαθιά, σε ένα άλλο επίπεδο ταύτισης, η νέα ναρκισσιστική φάση, η οποία ανοίγεται για τον έφηβο, συνεπάγεται την ενδοβολή της ταυτότητας του εμφύλου σώματος, όπως αυτή επιβεβαιώνεται και από τις νέες σχέσεις, στηριζόμενες και στην απάντηση των άλλων, των σαγηνευτικών συμπεριλαμβανομένων, απέναντι στο γεγονός ότι ο έφηβος είναι βιολογικά αγόρι ή κορίτσι.

Υπό ένα άλλο πρίσμα, η ενδοψυχική αναδιάρθρωση συνεπάγεται πρωταρχικά αναδόμηση του Εγώ, το οποίο βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με τις σωματικές αλλαγές της ήβης, με βάση το πρότυπο φροϋδικό σχήμα ότι το Εγώ είναι αρχικά ένα σωματικό Εγώ. Κατά συνέπεια ένα «νέο» εφηβικό σώμα θα αποτελέσει τον πυρήνα μιας νέας υπόστασης του Εγώ. Βεβαίως, ταυτοχρόνως, και το Αυτό, το πρωτόγονο σωματο-ψυχικό κομμάτι του εαυτού, από το οποίο πηγάζει, σχηματικά, η επιθετικότητα και η σεξουαλικότητα, αποκτά διαφορετικά χαρακτηριστικά και μεγαλύτερη ενορμητική ώση, υπό την ενίσχυση της σεξουαλικής ενδυνάμωσης της ήβης, ενώ και το Υπερεγώ, δηλαδή ο εσωτερικευμένος νόμος και τα εσωτερικευμένα ιδανικά, αναμορφώνεται ενδοβάλλοντας νέες αρχές και ιδανικά⁶.

Σχετικά με τους παράγοντες που συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία, όλοι οι ειδικοί συμφωνούν στο ότι οι σωματο-ψυχικές αναδομήσεις της εφηβείας καθορίζονται, αφενός, από τις ιδιαίτερες εσωτερικές και εξωτερικές συνθήκες στις οποίες βρίσκεται ο έφηβος κατά τη διάρκεια της εν λόγω ηλικιακής φάσης. Οι εν λόγω ενδοψυχικές αναδομήσεις της εφηβείας, όμως, αφετέρου, είναι και απόρροια, και με

αυτήν την έννοια είναι αποκαλυπτικές, των σεξουαλικών καθηλώσεων, των προβληματικών δηλαδή σημείων της ψυχοσεξουαλικής πορείας, που άφησαν τα ίχνη τους επάνω στον ψυχισμό του εφήβου, πρώην παιδιού.

3. ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Μπροστά στην προοπτική βαθιάς δομικής αναδόμησης, πρωτίστως ναρκισσιστικού και οιδιποδειακού χαρακτήρα, που συνιστά το πέρασμα της εφηβείας, ο έφηβος μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με εσωτερικές συγκρούσεις.

Αυτό, φαινομενολογικά θεωρούμενο, μπορεί να συνδέεται με αμφιθυμία που μπορεί να προκύψει απέναντι στην «εγκατάλειψη» της προηγούμενης οργάνωσής του και του τύπου των εξωτερικών σχέσεων που αυτή συνεπάγεται. Η εν λόγω αμφιθυμία μπορεί να ενισχυθεί από προηγούμενες καθηλώσεις. Ο δισταγμός του εφήβου να προχωρήσει μπορεί επίσης να συνδέεται και με κάποια ανασφάλεια όσον αφορά την πιθανότητα επιτυχίας στη σχέση με τις νέου τύπου σχέσεις, όπου για παράδειγμα μπορεί να εμπλέκεται η σεξουαλικότητα, καθώς, σε μια πρώτη επαφή μαζί τους, μπορεί να κινητοποιείται μια μη διαχειρίσιμη εσωτερική αντίδραση. Πρόκειται, βεβαίως, για δύο πιθανότητες οι οποίες αποτελούν δύο συμπληρωματικές όψεις της ίδιας σφαιρικότερης δυσκολίας.

Η εν λόγω κατάσταση, σε ήπιο βαθμό, είναι αρκετά συνήθης ακόμη και στις «φυσιολογικές» περιπτώσεις εφηβικού περάσματος. Εφόσον οι δυσκολίες δεν πάρουν μεγάλη έκταση, ο έφηβος συνήθως τη διαχειρίζεται με στρατηγικές και μηχανισμούς άμυνας που θεωρούνται οριακά φυσιολογικές για αυτή την ηλικία: ενισχυμένη χρήση της *απόθησης* για να αποφεύγονται οι δυσάρεστες αναπαραστάσεις, περιορισμένης έκτασης *ψυχικός διχασμός* (με συνύπαρξη του παιδικού και του ενήλικου στοιχείου) και της *μόνωσης* (απομόνωση κάποιας ιδέας και πράξης για να μην αποκτήσει κάποιο νόημα), ορισμένης διάρκειας και βάθους ναρκισσιστική *παλινδρόμηση*, δηλαδή κλείσιμο στον εαυτό, ενδεχομένως με *σωματοποίηση* των εντάσεων, με σκοπό να υπάρξει ανάπαυλα. ενίσχυση και ανασυγκρότηση του Εγώ, *φαντασιακή* προσομοίωση των νέων σχέσεων πριν να δοκιμαστούν στην πράξη, *διανοητικοποιημένη*, δηλαδή με μέσο την αφηρημένη σκέψη μόνο και όχι μέσα από την πράξη, διαχείριση των ψυχοσεξουαλικών διεγέρσεων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το εφηβικό πέρασμα γίνεται σχετικά εύκολα, με προοδευτική εξέλιξη, στο πλαίσιο της οποίας οι συγκεκριμένες άμυνες υποχωρούν κάποια στιγμή.

Από αυτούς τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί ο έφηβος, κάποιους τους γνωρίζει ήδη, αφού και στο παρελθόν τους είχε χρησιμοποιήσει, ξεκινώντας από την πιο πρώιμη φάση της ζωής του, όπως ο *διχασμός* και η *άρνηση*, η *σωματοποίηση* και η *ναρκισσιστική παλινδρόμηση*. Μπορεί να είχε κάνει χρήση αυτών επίσης απέναντι στο οιδιπόδειο δίλημμα, όπως είναι η *απόθεση* και η *μόνωση*. Ενδέχεται

όμως να πρόκειται για μηχανισμούς άμυνας που «εφευρίσκει», πάντα ασυνείδητα, και χρησιμοποιεί για πρώτη φορά στην εφηβεία, και οι οποίοι φέρουν το ιδιαίτερο στίγμα της συγκρουσιακής προβληματικής αυτής της συγκεκριμένης ηλικιακής φάσης.

Δύο πρώτοι χαρακτηριστικοί μηχανισμοί άμυνας που συναντάμε κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αν και είναι ως κάποιο βαθμό φυσιολογικοί και απαραίτητοι για αυτή την περίοδο της ζωής, μπορεί μερικές φορές να καταστούν παθολογικοί, αν πάρουν μεγάλες διαστάσεις ή αν επιμείνουν και μετά την εφηβεία, με έντονα επιβλαβείς συνέπειες, τόσοσον αφορά την ψυχική ισορροπία του εφήβου όσο και σε σχέση με την κοινωνικότητά του. Πρόκειται για τον *ασκητισμό* και τη *διανοητικοποίηση*⁷.

Ο πρώτος, ο *ασκητισμός*, όπως και η ονομασία του το υποδηλώνει, αφορά μια άρνηση, που ποικίλλει όσον αφορά την έντασή της και τα χαρακτηριστικά της, απέναντι σε ό,τι θα μπορούσε να διεγείρει την επιθυμία του εφήβου, ιδιαιτέρως σε ένα σωματικό επίπεδο. Πρόκειται για ένα τρόπο του εφήβου να αποφύγει την εσωτερική σύγκρουση και την ενοχή, που συνδέονται με την εσωτερική αντίδραση απέναντι στο δικαίωμα της ευχαρίστησης, ενώ η τελευταία ταυτοχρόνως τον ελκύει. Παραμέληση της εμφάνισης, επώδυνες αθλητικές δραστηριότητες και εξαντλητικές πεζοπορίες, περιορισμός της τροφής, επιβίωση με το ελάχιστο δυνατό, συγκαταλέγονται ανάμεσα στις πρακτικές που εφαρμόζονται, για να κατασταλεί εν γενέσει η διέγερση. Σε έντονο βαθμό, ο ασκητισμός συναντάται σε κάποιες μορφές ανορεξίας.

Στην περίπτωση της *διανοητικοποίησης*, ο έφηβος αναγνωρίζει τις συναισθηματικές και σεξουαλικές του ανάγκες και επιθυμίες αλλά προτιμά να τις μεταφράσει σε ένα διανοητικοποιημένο λόγο, σε γενικές και αφηρημένες ιδέες και έννοιες, οι οποίες ουσιαστικά εξουδετερώνουν αυτές τις ανάγκες και επιθυμίες. Έτσι προκύπτουν άπειρες εκλογικεύσεις, ατέλειωτες συζητήσεις με συνομηλίκους με επίφαση ψυχολογικών και φιλοσοφικών αναρωτήσεων, που αρέσουν μερικές φορές τόσο πολύ στους εφήβους. Εδώ, ο ψυχικός μηχανισμός άμυνας της *διανοητικοποίησης* έχει ως βασικό σκοπό να κρατήσει μακριά συναισθήματα που ενδόμυχα ο έφηβος κρίνει επικίνδυνα.

Η *σχάση* ή *διχασμός* αποτελεί έναν άλλο αρκετά πρωτόγονο, περισσότερο παθολογικό, μηχανισμό άμυνας, που ο έφηβος μπορεί να χρησιμοποιήσει για να αντιμετωπίσει την αμφιθυμία του απέναντι στα γονικά πρότυπα. Παίρνει τη μορφή ξαφνικών περασμάτων από μια ιδέα σε μια άλλη αντιφατική, από τη μια προτίμηση στην άλλη. Ο ίδιος ο έφηβος δεν φαίνεται να διακρίνει την αντίφαση. Έτσι ο έφηβος μπορεί να διεκδικεί με έντονο τρόπο την ανεξαρτησία του για να βγει, για να πάει μόνος διακοπές, και να ζητά αμέσως μετά να τον συνοδεύσουν οι γονείς του για μια πολύ πιο απλή και ανώδυνη υποχρέωσή του. Ο διχασμός συνεπάγεται και περιοδική αναγνώριση αντιφατικών όψεων του αντικειμένου που ενδιαφέρει τον έφηβο, με την έννοια ότι ο άλλος μπορεί περιοδικά ή και ταυτόχρονα να κρίνεται ακραία, ως τελείως καλός ή ως τελείως κακός.

Το *πέρασμα στην πράξη* αποτελεί ένα χαρακτηριστικό μηχανισμό άμυνας του εφήβου. Συνίσταται στη συχνά παρορμητική ή απερίσκεπτη έκφραση με πράξεις των συναισθημάτων του και των προθέσεών του, με αποφυγή της συνειδητοποίησης και της νοητικής και ψυχικής επεξεργασίας κάποιου θέματος που έχει προκύψει. Προστατεύει έτσι τον έφηβο προσωρινά από την οδύνη της συνειδητοποίησης της εσωτερικής σύγκρουσης αλλά δεν του επιτρέπει την προοδευτική ψυχική ωρίμανση που απαιτείται για την εξέλιξή του.

4. ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Αν στις συνήθειες περιπτώσεις η εφηβική διάβαση περιλαμβάνει δισταγμούς, αμφιβολίες και ήπιες συγκρούσεις, που είναι θέμα κάποιου χρόνου για να ξεπεραστούν, σε κάποιες άλλες περιπτώσεις όμως ενδέχεται η δυσκολία περάσματος στο εφηβικό-ενήλικο να είναι μεγάλη.

Το τραγικό παράδοξο της εφηβείας είναι ότι ενώ αυτή αντιπροσωπεύει μια φάση ολοκλήρωσης εαυτού, με την έννοια της απόκτησης του συνόλου των ικανοτήτων και των προϋποθέσεων για τη ύψιστο ανθρώπινο βίωμα, ταυτοχρόνως συνιστά και μια φάση υποχρεωτικής εγκατάλειψης των ψευδαισθήσεων της παιδικής ηλικίας που έχουν παραμείνει ακόμη, ή μάλλον, αν διατυπωθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια, της παραμένουσας ψευδαισθητικής οπτικής παντοδυναμίας καθώς αυτή συναντάται και διαμορφώνει την εφηβική-ενήλικη κατακτητική ορμή. Για να επιβιώσει ψυχικά ο έφηβος, θα απαιτηθεί ένα είδος νέου, «σκληρότερου» συμβιβασμού με την «πραγματικότητα», θα λέγαμε ψυχαναλυτικά ένα ευνοχιστικό ισοδύναμο που προσγειώνει τις προσδοκίες πιο κοντά στο μέτρο των δυνατοτήτων της νέας πραγματικότητας που του αναγνωρίζεται εξωτερικά αλλά κυρίως εσωτερικά, από τις εγγραφές της προηγούμενης ψυχικής πορείας του.

Όλα αυτά μοιάζουν να απεικονίζουν, εκφράζοντας με τη βαθύτερη έννοια του όρου, ένα ενδεχόμενο αδιέξοδο στην ψυχική ανέλιξη που συνιστά η εφηβεία. Σημαντικά ψυχικά προβλήματα θα προκύψουν κατά τη διάρκειά της εφόσον αυτές καθαυτές τις εμπειρίες κατά τη πορεία της εφηβείας ή/και οι προηγούμενες καθηλώσεις, οιδιποδειακού ή άλλου χαρακτήρα, είναι τέτοιες ώστε η νέα αυτή φάση, που είναι μια νέα ναρκισσιστική απαρτίωση, δεν επιτρέπει την απαραίτητη σύνθεση ανάμεσα, αφενός, την ορμή της κατάκτησης της εφηβικής-ενήλικου ζωής και, αφετέρου, τις εσωτερικές δυνατότητες ή αναστολές όπως και τις απαιτήσεις της πραγματικότητας. Στην περίπτωση αυτή, της ανυπέρβλητης σύγκρουσης, η εφηβική εξέλιξη μπορεί να ανασταλεί με διάφορους τρόπους και το «κενό» που θα προκύψει μπορεί να οδηγήσει σε διάφορων μορφών ψυχικούς σχηματισμούς παθολογικής ψευδο-αναπλήρωσης.

Η κλινική ψυχαναλυτική πράξη δείχνει ότι γενικότερα στις φάσεις περάσματος

από ένα τύπο οργάνωσης σε κάποιον άλλο (εφηβεία, ανατροπή στη ζωή από μια ασθένεια, ένα χωρισμό, μια απώλεια, πέρασμα στην τρίτη ηλικία κ. ά.), από ένα τύπο ταυτότητας και σχέσης με τον έξω κόσμο σε κάποιον άλλο, αν υπάρξουν κάποιες αντίξοες συνθήκες μπορεί να προκύψουν φάσεις ενός επικίνδυνου ψυχικού «κενού» ανάμεσα στο πριν και το μετά. Στην περίπτωση μας, αφορά τον έφηβο ο οποίος δεν είναι πλέον παιδί και δεν είναι ακόμη ενήλικος και ο οποίος μπορεί να μη βρίσκει τον τρόπο ή να μη διαθέτει τα μέσα για να μετακινηθεί από το αδιέξοδο στο οποίο βρίσκεται⁸.

Εφόσον η ψυχική πορεία του εφήβου συναντήσει εμπόδια, μπορεί να προκύψουν, αφενός, διαταραχές που καλύπτουν το σύνολο του φάσματος της κλασικής ψυχοπαθολογίας: αγχώδεις, καταθλιπτικές, οριακού τύπου, ψυχωτικές διαταραχές, κ.ά.^{9,10} Το άλλο πεδίο παθολογικής εκτροπής (το οποίο όμως συχνά διασταυρώνεται με το πρώτο) αφορά, αφετέρου, το μη ψυχικό, δηλαδή τις σωματικές έκφρασης παθολογίες (σωματοποιήσεις), των διαταραχών της διατροφής συμπεριλαμβανομένων, και αυτές των διαταραχών συμπεριφοράς.

Κλινικό περιστατικό

Η Γεωργία είναι μια υπέρβαρη έφηβη 18 ετών όταν έρχεται για θεραπεία. Αναγνωρίζει προοδευτικά ότι έχει βρει στο φαγητό μια μοναχική ικανοποίηση που την πληροί, απέναντι σε δυσκολίες στις σχέσεις της με το άλλο φύλο. Παλιότερα – γιατί ήταν υπέρβαρη από μικρή – το φαγητό, ως μοναχική ευχαρίστηση, συμβάδιζε με μια αυτονομία που διεκδικούσε, συναισθηματική, οικονομική ή άλλη, απέναντι στους άλλους. Αυτήν την αυτονομία την είχε κρίνει κάπου βαθιά μέσα της απαραίτητη γιατί η μητέρα της, έφηβη η ίδια όταν την απέκτησε, αδυνατούσε να ανταποκριθεί στις ανάγκες του παιδιού της. Έτσι η Γεωργία, μωρό, κινδύνευσε από υποσιτισμό επειδή η μητέρα της δεν είχε καταλάβει ότι η κόρη της δεν τρεφόταν επαρκώς από το μητρικό γάλα. Σε αυτήν την ανάμνηση, γραμμένη θα λέγαμε στο σώμα της Γεωργίας, και η οποία θα βρει προέκταση στην κατοπινή μητρική συμπεριφορά της μητέρας της, θα προστεθεί και η διήγηση, που θα καταστεί βασική δομική φαντασίωση για αυτήν, ότι στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό κινδύνευσε γιατί ο ομφάλιος λώρος ήταν τυλιγμένος γύρω από τον λαιμό της.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας της, μέσα από τη μεταβίβαση-αντιμεταβίβαση, θα αναδειχθεί η αδυναμία της να αναγνωρίζει και να εκφράζει με άμεσο τρόπο τις συναισθηματικές της ανάγκες και, στο πεδίο της προσωπικής της ζωής, τις ερωτικές της ανάγκες. Θα μιλήσει επίσης για τις δυσκολίες της να δεχθεί το εφηβικό της σώμα, την έμμηνου ρύση, τη σεξουαλικότητά της. Αναγνωρίστηκε ότι η υπερβολική επένδυση της διατροφής και η υπερτροφοδότηση του σώματός της ήταν ένα υποκατάστατο ικανοποίησης άλλου τύπου, μια ψευδής αυτάρκεια απέναντι στο απρόσιτο αντικείμενο που επιθυμούσε και μια αμυντική στάση απέναντι στη σεξουαλικότητά της που της προκαλούσε ντροπή.

Συμπερασματικά, μπορούμε να διακρίνουμε, μέσα από την κλινική περίπτωση της Γεωργίας, τη διαπλοκή στοιχείων παθολογικής καθήλωσης στην ψυχική της εξέλιξη, προερχόμενα από την παιδική της ηλικία, με στοιχεία που αφορούν αυτή καθαυτή την ανάπτυξη της εφηβείας. Το όλο πλέγμα δείχνει να καθιστά την εφηβική συνθήκη δύσκολα διαχειρίσιμη για την έφηβη, και να την οδηγεί σε ψυχοπαθολογικές «διεξόδους».

5. Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ

5.1 Η κρίση της εφηβείας και η οικογένεια

Η σωματική και ψυχική αναμόρφωση και ενδυνάμωση, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας στον έφηβο θα δημιουργήσουν σε αυτόν νέες ανάγκες αναγνώρισης, ως έμφυλο, ισχυρότερο τώρα πια άτομο, και ανάγκες ικανοποίησης των επιθυμιών του στο πλαίσιο μιας μεγαλύτερης αυτονομίας. Αυτό θα εκδηλωθεί αρχικά στο οικογενειακό πλαίσιο προκαλώντας σε μια πρώτη φάση τριβές, κριτική και αμφισβητήσεις και στη συνέχεια διεκδικήσεις με συγκρούσεις, που μπορούν να πάρουν τη μορφή αυτού που ονομάζουμε «κρίση της εφηβείας».

Σε αυτό το πλαίσιο, υπό το πρίσμα του εφήβου οι γονείς συχνά φαίνονται υπερβολικά αυστηροί ή καθόλου αυστηροί, απρόσιτοι, απόντες ή υπερβολικά παρόντες και διεισδυτικοί κ.ά. Κατά κανόνα η έλλειψη ικανοποίησης είναι μεγαλύτερη σε εφήβους που παρουσιάζουν κάποια ψυχοπαθολογικά στοιχεία ή οι οποίοι εξελίσσονται σε ένα προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον, χωρίς όμως αυτό να είναι απαραίτητο.

Έτσι, σχεδόν όλοι οι έφηβοι, περνούν συχνά κάποια δύσκολη περίοδο με τους γονείς τους είτε το δείχνουν είτε όχι. Λέγεται μάλιστα από τους ειδικούς ότι το συγκρουσιακό στοιχείο με τους γονείς είναι τμήμα των φυσιολογικών ψυχοσυναισθηματικών στοιχείων της εφηβείας. Έτσι η Α. Freud γράφει: «παραδέχομαι ότι είναι φυσιολογικό για έναν έφηβο να έχει για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μιαν ασυντόνιστη και απρόβλεπτη συμπεριφορά, να αγαπά τους γονείς και να τους μισεί, να επαναστατεί απέναντί τους και να εξαρτάται από αυτούς, να ντρέπεται βαθιά για τη μητέρα του μπροστά στους άλλους και χωρίς να το περιμένει κανείς να επιθυμεί να της τα εμπιστευτεί όλα... πιστεύω ότι πρέπει να του δώσουμε τον χρόνο και την ελευθερία να βρει μόνος του τον δρόμο του. Είναι περισσότερο οι γονείς που χρειάζονται βοήθεια και συμβουλές για να το αντέξουν»⁷.

Η εν λόγω εφηβική αναταραχή και αμφισβήτηση απέναντι στους γονείς συνδέεται στο βάθος με το οιδιποδειακό σύμπλεγμα, καθώς θα αναδυθεί πάλι, από την πλευρά του εφήβου, από ισχυρότερη θέση τώρα πια σε σχέση με το παρελθόν, το ενδιαφέρον για τον γονέα του άλλου φύλου και η αντιπαλότητα προς τον γονέα του ίδιου φύλου. Αυτή όμως η ασυνείδητη δυναμική ταυτοχρόνως θα προκαλέσει πάλι

ασυνείδητες ενοχές και κάποιο φόβο για τις συνέπειες μιας τέτοιας συγκρουσιακής διεκδίκησης. Αποτέλεσμα αυτών θα είναι η πρόκληση άγχους.

Αντιμέτωπος με το άγχος του, ο έφηβος θα έχει τον πειρασμό να απαρνηθεί την προσκόλληση στην οικογένειά του, στην προσπάθειά του να αποφύγει την αναβίωση της οιδιπόδειας σύγκρουσης. Αυτού του είδους η φυγή σημαίνει ταυτόχρονα την εγκατάλειψη της ελπίδας να βρει αυτό που χρειάζεται στο οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή ένα είδος ψυχικής εγκατάλειψης, από-επένδυσης των γονέων και του γονικού περιβάλλοντος. Στον πυρήνα κάθε εφηβείας υπάρχει ένας συμβολικός φόνος των γονέων: «το να μεγαλώνει κανείς είναι από τη φύση του επιθετικό» γράφει ο Winnicott¹¹.

Η όλη αυτή διαδικασία αποστασιοποίησης του εφήβου απέναντι στα σημαντικά πρόσωπα της παιδικής του ηλικίας αλλά επίσης απέναντι και σε άλλα πράγματα που συνοδεύουν αυτή την ηλικία, όπως είναι είδη σχέσεων, σχέδια, τρόποι ευχαρίστησης, είναι μια φυσιολογική διαδικασία στην πορεία προς την ενηλικίωση αν δεν προσλάβει ένα πολύ έντονο και αντιδραστικό χαρακτήρα. Σε κάθε περίπτωση εντάσσεται σε μια προσπάθεια αποχωρισμού και πένθους.

Αυτό το πένθος στο βάθος περιλαμβάνει δύο τάξεις πραγμάτων, ψυχικών αντικειμένων δηλαδή τα οποία πρέπει να εγκαταλειφθούν. Η πρώτη αφορά την αποδοχή της απώλειας του μητρικού αντικειμένου, με την έννοια του τύπου σχέσης που περιβάλλει, καλύπτει, επιτρέπει την ανέμελη ύπαρξη υπό την προστασία της μητρικής φροντίδας. Η δεύτερη απώλεια σχετίζεται με ό,τι εμπλέκεται στην οιδιπόδεια προβληματική, με την έννοια ότι ο έφηβος πρέπει να κατακτήσει την ανεξαρτησία του κάνοντας το πένθος, χάνοντας ή εγκαταλείποντας οτιδήποτε αφορά την περίπλοκη, αντιφατική και συγκρουσιακή διεκδίκησή του απέναντι στο γονικό δίπολο, με το οποίο μέχρι τότε σχημάτιζε τρίγωνο, που διαπερνιόταν από αισθήματα αγάπης, μίσους, διεκδίκησης, απογοήτευσης, ενοχών. Πρέπει να εγκαταλείψει ψυχικά αυτό το περίπλοκο πλέγμα σχέσεων και συναισθημάτων, κάτι το οποίο αν και ζητούμενο από τον ίδιο τον έφηβο δεν παύει να αποτελεί και μια σημαντική απώλεια.

5.2 Ταυτότητα, ταυτίσεις, εσωτερικεύσεις

Αυτή καθαυτή η κρίση της εφηβείας είναι σημάδι της ψυχικής αναδιαπραγμάτευσης του εφήβου όχι μόνο με τα εξωτερικά πρόσωπα, κύρια τους γονείς του, αλλά και με την εικόνα που έχει για αυτούς μέσα του.

Ο έφηβος, μέσα από τις αντιδράσεις του και τις συμπεριφορές του, επανεξετάζει και αμφισβητεί την προσωπικότητα των γονέων. Αυτή όμως η έκδηλη αντίδραση είναι η έκφραση μιας εσωτερικής επανα-διοργάνωσης που συνεπάγεται την αναδιαμόρφωση των γονικών μορφοειδώλων, δηλαδή της εσωτερικής εικόνας των γονέων. Με αυτή την έννοια η εξωτερική αντίδραση είναι σε κάποιο βαθμό ένα φυσιολογικό φαινόμενο εκφράζοντας την εσωτερική ανάγκη επανατοποθέτησης απέναντι σε αυτούς. Μάλιστα η αντίδραση απέναντι στους γονείς μπορεί να είναι πιο έντονη όταν

ο έφηβος πρέπει να χαλαρώσει ή να σπάσει πολύ ισχυρούς δεσμούς που τον συνέδεαν μέχρι τότε με τους γονείς του, σχετίζεται δηλαδή με τη μεγάλη του δυσκολία να κάνει αυτόν τον αποχωρισμό. Ο έφηβος δεν έχει να πείσει μόνο τους γονείς του ότι δεν τους χρειάζεται τόσο πολύ πια, ότι είναι ένα διαφοροποιημένο, διαφορετικό άτομο και ότι η σχέση τους πρέπει να είναι από εδώ και πέρα διαφορετική. Πρέπει να πείσει για αυτό κυρίως τον ίδιο του τον εαυτό.

Για να αντιμετωπίσει αυτή την απώλεια της εσωτερικής συνοχής που του προκαλεί η εν λόγω ανακατάταξη, ο έφηβος θα στραφεί στην αναζήτηση νέων εμπειριών. Όμως η κατασκευή μιας ισορροπημένης ταυτότητας ενηλίκου δεν μπορεί παρά να περάσει μέσα από κάποια ένταξη σε κάποιον οικογενειακό και κοινωνικό ιστό. Έτσι εξηγείται η απεγνωσμένη αναζήτηση εκ μέρους του εφήβου μιας εικόνας του εαυτού μέσα από τον κοινωνικό περίγυρο, τις κοινωνικές αξίες ή αντι-αξίες. Μερικές φορές, στην ασυνείδητη προσπάθεια του εφήβου να αποφύγει ταυτισιακά τους γονείς, διατηρώντας παρ' όλα αυτά μια θέση στον οικογενειακό ιστό, οι παππούδες εξαιρούνται από αυτήν την επίθεση αμφισβήτησης.

Οι νέες σχέσεις με πρόσωπα θα προσφέρουν τη δυνατότητα να υπάρξουν νέες εσωτερικεύσεις στοιχείων που θα βρει σε αυτά, οι οποίες θα οδηγήσουν σε νέες ταυτίσεις. Αυτές όμως οι ταυτίσεις είναι συχνά μερικές, δεν περιλαμβάνουν ολοκληρωμένα αντικείμενα αλλά όψεις του αντικειμένου. Είναι σαν ο έφηβος να ελκύεται από πλευρές της προσωπικότητας κάποιου, από την εξωτερική όψη ορισμένων πραγμάτων και να θέλει να πιαστεί από αυτά. Η πορεία και η κατάληξη αυτής της εργασίας νέων εσωτερικεύσεων και νέων ταυτίσεων θα εξαρτηθεί από την εσωτερική δυναμική του εφήβου αλλά και από την ποιότητα των «διαμεσολαβητικών» αντικειμένων που θα βρει ο έφηβος κατά την περίοδο αυτή στο περιβάλλον του, δηλαδή στους ενηλίκους που τον περιβάλλουν, στο κοινωνικό περιβάλλον, στον κόσμο των εφήβων που συχνάζει.

Όλα αυτά συνιστούν μιαν αναδιαμόρφωση της ταυτότητας του εφήβου. Αν υπάρξουν δυσκολίες στο να γίνουν νέες ταυτίσεις με καλής ποιότητας εξωτερικά αντικείμενα, αυτό θα οδηγήσει σε προβλήματα ταυτότητας. Σε ακραίες περιπτώσεις αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια διαταραχή της επαφής με την πραγματικότητα που μπορεί να πάρει τη μορφή και της ψυχωτικής συμπτωματολογίας.

5.3 Η στάση των γονέων

Οι γονείς του, η προσωπικότητά τους, η δομή της οικογένειας με τους τύπους σχέσης που την χαρακτηρίζουν, η ειδική κάθε φορά θέση που έχει ο κάθε έφηβος στο μυαλό των γονέων του είναι καθοριστικοί παράγοντας για τον τρόπο με τον οποίο θα εξελιχθεί η εφηβική φάση.

Εξάλλου, η κρίση της εφηβείας, όταν προκύψει, σχετίζεται συχνά, πέρα από αυτή καθαυτή την εφηβική συνθήκη, και με τη στάση των γονέων. Η τελευταία μπορεί να έχει δύο συνιστώσες:

Α) Τις δυσκολίες των γονέων απέναντι στον έφηβο. Αυτές συνδέονται με την κρίση της μέσης ηλικίας που συνήθως οι γονείς περνούν κατά τη διάρκεια της εφηβείας των παιδιών τους. Έχουν γραφτεί αρκετά πράγματα γύρω από αυτό το θέμα. Συνοπτικά και ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι στη μέση ηλικία, 45-55 ετών, προκύπτει συχνά ένας προβληματισμός για το τι έκανε κάποιος μέχρι τότε στη ζωή, συνείδηση ότι ο χρόνος ζωής στον οποίο μπορεί να υπολογίσει κανείς δεν είναι άπειρος, λιγότερες ικανοποιήσεις συναισθηματικού, σεξουαλικού χαρακτήρα, προβλήματα ταυτότητας, καταθλιπτικές αντιδράσεις. Μπορεί να προκύψει αναβίωση της οιδιπόδειας προβληματικής – με επιπτώσεις στον έφηβο – ζήλια απέναντι στον έφηβο.

Β) Τις αντιδράσεις των γονέων που προέρχονται από κάποια ενδεχόμενη δική τους παθολογία ή από ιδιαιτερότητες της ψυχικής τους δομής, εξαιτίας δικών τους καθηλώσεων, δικών τους δηλαδή προβληματικών σημείων στην πορεία της ζωής τους. Αποτέλεσμα αυτού μπορεί να είναι ότι προβάλλουν επάνω στον έφηβο δικά τους θέματα, δικές τους φιλοδοξίες ή φόβους ή άλλα χαρακτηριστικά που τους αφορούν.

Στο πλαίσιο αυτής της προοπτικής, αποτελεί κομμάτι της κλινικής ψυχολογικής εκτίμησης του εφήβου, όταν χρειαστεί να την κάνουμε, η εκτίμηση της οικογενειακής δομής. Σε κάποιες καταστάσεις, όταν υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες που σχετίζονται με τους γονείς, ενδέχεται να χρειαστεί να προταθεί στους γονείς συμβουλευτική βοήθεια ή ακόμη και ατομική θεραπεία σε κάποιον από τους γονείς.

Αν η οικογένεια δεν δώσει στον έφηβο τη δυνατότητα να αυτονομηθεί με ήρεμο τρόπο, ο τελευταίος θα επιχειρήσει την αυτονόμησή του με «θεαματικό» και προκλητικό τρόπο. Αυτό συμβαίνει όταν η οικογένεια είναι ιδιαιτέρως αυστηρή ή όταν το άγχος του εφήβου, περιορισμού και καταπίεσης των δικαιωμάτων του και της αναζήτησης της ευχαρίστησης, αυτό που ονομάζουμε άγχος ευνουχισμού, δεν είχε επαρκώς καταπραυνθεί στο τέλος της οιδιπόδειας φάσης, δηλαδή τη στιγμή της εισόδου στην λανθάνουσα περίοδο. Σε αυτή την περίπτωση, ο έφηβος θορυβωδώς αντιτίθεται στη γνώμη και στα γούστα που επικρατούν στην οικογένειά του, αμφισβητεί κάθε της επιλογή. Είναι σαν να αναζητά ασυνείδητα, με τον προκλητικό του τρόπο, να σπρώξει τους γονείς του να πάρουν αυτοί την πρωτοβουλία να κόψουν του δεσμούς μαζί του, δεσμοί που τον αναστατώνουν και τον προβληματίζουν πολύ. Είναι σαν να αποζητά ταυτοχρόνως να αποβληθεί από το γονικό περιβάλλον για να τιμωρηθεί για τα συναισθήματα που τον διατρέχουν στα πλαίσια μιας οιδιπόδειας λογικής.

Ένας άλλος, αντίθετος κίνδυνος είναι οι γονείς, για δικούς τους εσωτερικούς, συχνά ασυνείδητους λόγους, να διαβάσουν σε ένα πρώτο μόνο επίπεδο το συχνό αίτημα του εφήβου για «ελευθερία» και αυτονομία και να τον «εγκαταλείψουν» στη μοναξιά του και στην ευθύνη του, με το πρόσχημα ότι τον θεωρούν πλέον μεγάλο

και υπεύθυνο και κατά συνέπεια σέβονται τη γνώμη του. Έτσι παραβλέπουν ότι ο έφηβος χρειάζεται πάντα τους γονείς του για μια μεγάλη περίοδο ακόμη παρότι μια πλευρά του εαυτού του διεκδικεί ένα άλλο καθεστώς αυτονομίας.

Μερικές φορές συμβαίνει, όπως ήδη αναφέρθηκε, έπειτα από μια ρήξη με την οικογένεια, ο έφηβος να βρει έναν τρόπο ύπαρξης και κάποια ιδανικά που είναι τελείως διαφορετικά από αυτά που ενέπνεαν την πατρική οικογένεια. Αν όμως η ρήξη με την οικογένεια είναι έντονα συγκρουσιακή, τις περισσότερες φορές το αίσθημα ενοχής που προκύπτει δημιουργεί μιαν αίσθηση αναξιοσύνης και κατωτερότητας που συνήθως εμποδίζουν το νεαρό άτομο να αναπτυχθεί και να προοδεύσει στον δρόμο που επέλεξε. Αντίθετα, αν η μικρή επανάσταση του εφήβου του επιτρέψει, μέσω μιας διαλλακτικής αντίδρασης της οικογενείας, να κερδίσει κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας και να κατευθύνει τα συναισθηματικά και σεξουαλικά ενδιαφέροντά του έξω από τον οικογενειακό κύκλο, χωρίς αυτό να οδηγήσει σε ρήξη με την οικογένεια, τότε θα καταστεί δυνατό στον έφηβο, προοδευτικά, να μη χρειάζεται πλέον να κινητοποιεί επιθετικά συναισθήματα για να αντιμετωπίσει την οιδιπόδεια προσκόλλησή του. Τότε θα μπορέσει, χωρίς να αισθάνεται κίνδυνο, να επιτρέψει στον εαυτό του να εκδηλώσει και να δεχθεί φιλικά και εχθρικά συναισθήματα ανάμεσα σε αυτόν και την οικογένειά του. Δηλαδή θα μπορέσει να βρει το δρόμο του, διατηρώντας μιαν ίση απόσταση ανάμεσα στην επανάσταση και την καθυποταγή, και οι δύο οδηγώντας τον στην αλλοτρίωση.

Όσον αφορά αυτό που ονομάζουμε «καθυποταγή», αυτή αφορά καταστάσεις όπου ο έφηβος, εξαιτίας εσωτερικών συγκρούσεων, φόβων και ενοχών, αποφεύγει να διεκδικήσει την αυτονομισή του. Δεν τολμά δηλαδή να αναγνωρίσει τις νέες του ανάγκες και να διεκδικήσει την ικανοποίησή τους. Πρόκειται για εφήβους που αρνούνται να μεγαλώσουν, που προτιμούν να μείνουν παιδιά. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι μια μικρή καθυστέρηση στην εξέλιξή τους, ψυχική και πνευματική, μπορεί όμως και να σημάνει την αρχή μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής, με ολέθριες συνέπειες για τη μετέπειτα ζωή του εφήβου.

Κλινικό περιστατικό

Ο Νίκος, μοναχοπαίδι, είναι 17 ετών όταν οι γονείς του τον ωθούν να έρθει για θεραπεία. Έχει γονείς με προβλήματα από την αρχή της σχέσης τους και κάποια στιγμή υπήρξε θέμα διαζυγίου.

Ο Νίκος παρουσιάζει παραβατική συμπεριφορά, κάνει χρήση χασίς, έχει δυσκολίες στο σχολείο, συχνάζει περιθωριακά άτομα και χούλιγκαν, φλερτάρει με πολιτικά ρεύματα με βίαιη στρατηγική, έχει δυσκολίες με τις κοπέλες. Πρόσφατα, έκανε μιαν απόπειρα ένταξης σε άλλου τύπου ομάδες εφήβων οι οποίοι ασχολούνται με πολεμικές τέχνες, αναζητώντας τη «δύναμη και την πειθαρχία». Υπάρχει θορυβώδης αντίθεση απέναντι στον πατέρα του, και οιδιποδειακής φύσεως πλησίασμα της

μητέρας του. Κατηγορεί τον πατέρα για ασυνέπεια, αθέτηση υποσχέσεων, παραπλάνηση. Ταυτόχρονα, υπάρχουν ταυτισιακές τάσεις απέναντι στη μητέρα. Συνεχώς τίθενται θέματα ωραρίων στις εξόδους του και ορίων γενικότερα.

Η μητέρα, με καθηλώσεις απέναντι στον δικό της πατέρα, προσπαθεί να «σώσει» τον γιο. Στην πορεία φάνηκε ότι η ίδια έχει δομή προσωπικότητας με ψυχωτικά στοιχεία. Απαξιώνει το σύζυγό της, σαν να μην ήθελε ποτέ αυτόν τον γάμο, σαν να έχασε άλλες καλές ευκαιρίες. Είναι συχνά βυθισμένη σε σκέψεις για τη ζωή της και το παρελθόν της.

Ο πατέρας είναι ανασφαλής και, περιοδικά, αντιροπιστικά αυταρχικός. Έχει μια αίσθηση μειονεξίας, η οποία στηρίζεται αρκετά στην εντύπωση ότι δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της μητέρας.

Θα λέγαμε ότι ο Νίκος βρίσκεται παγιδευμένος σε ένα πλέγμα οικογενειακών σχέσεων που τον ακινητοποιούν, και οι οποίες σχετίζονται με ανώριμες αντιδράσεις των γονέων του απέναντί του, οι οποίες φαίνονται να υποκινούνται από τις δικές τους καθηλώσεις. Η ώση της εφηβείας δείχνει να οδηγεί το Νίκο να αμφισβητήσει έντονα και βίαια τα γονικά μορφοείδωλα στην απεγνωσμένη προσπάθειά του προχωρήσει στην πορεία που επιτάσσει η ηλικία του. Όμως έχει ήδη κάνει προβληματικές ταυτίσεις και έχει υιοθετήσει παθολογικούς μηχανισμούς άμυνας και τρόπους ύπαρξης (περάσματα στην πράξη, παραβατικότητα, χρήση ουσιών). Βεβαίως όλα ακόμη είναι αρκετά ρευστά και η εξέλιξή του θα εξαρτηθεί τόσο από τα δικά του ψυχικά αποθέματα όσο και από τη στάση των γονέων, του γενικότερου περιβάλλοντος και τη συνέχιση ή όχι της θεραπείας.

Η βοήθεια που μπορούμε να παράσχουμε στο Νίκο είναι να προτείνουμε ατομική θεραπεία, συμβουλευτική γονέων αλλά και ατομική θεραπεία της μητέρας.

6. Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Αν λάβουμε υπόψη την ψυχική διαμόρφωση του εφήβου με βάση τις σχέσεις που αναπτύσσει και με βάση το αρχικά οικογενειακό και στη συνέχεια ευρύτερο κοινωνικό γίγνεσθαι μέσα στο οποίο ζει, αλλά και το αντίστροφο, την επίδραση δηλαδή των εφήβων επάνω στην κοινωνική κουλτούρα, είναι εμφανής η θεμελιώδης για τον έφηβο αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον που τον περιβάλλει.

Όσον αφορά την πρώτη κατεύθυνση, η οποία ενδιαφέρει και την παρούσα εργασία, αυτήν δηλαδή που διερευνά το πώς ο έφηβος επηρεάζεται από τον κοινωνικό περίγυρο, πρέπει εισαγωγικά να αναφερθεί ότι, οντολογικά, η εφηβεία συνιστά μια ηλικιακή φάση που χαρακτηρίζεται από το ότι, ακριβώς, οδηγεί στην ένταξη στην κοινωνική ζωή που αρμόζει στον ενήλικο. Αυτό, όπως ήδη έχει αναφερθεί, συνεπάγεται διαδικασίες ταύτισης, με πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος, όπως επίσης και με αρχές και αξίες που διέπουν τον πολιτισμικό του

χώρο. Έτσι είναι αναπόφευκτο ότι ανάλογα με την ιστορική στιγμή, τον πολιτισμικό περίγυρο και τον κοινωνικό χώρο που ζει ο έφηβος η εφηβεία να είναι διαφορετική.

Και εδώ μπορεί να τεθεί τι ερώτημα του αν και κατά πόσον η σύγχρονη κοινωνική κρίση των δυτικών κοινωνιών μπορεί να σχετίζεται με τη μεγάλη ένταση της εφηβικής κρίσης που παρατηρούμε σε μεγάλη έκταση στους εφήβους του σήμερα. Προς αυτή την κατεύθυνση, ορισμένοι συγγραφείς που ασχολούνται με την εφηβεία, κάνουν τον παραλληλισμό: κρίση της εφηβείας – κρίση της κοινωνίας. Δέχονται δηλαδή ότι υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στα δύο αυτά φαινόμενα, ισχυριζόμενοι ότι η κρίση του εφήβου του σήμερα σχετίζεται με τις ιστορικές αλλαγές, με τις νέες κοινωνικές συνήθειες και ανατροπές, με αλλαγές στο ρόλο των γονέων, με την έκπτωση κάποιων κοινωνικών αξιών.

Υπάρχουν βέβαια αντιρρήσεις σε σχέση με αυτό. Ο J. de Ajuriaguerra αντικρούει το επιχείρημα λέγοντας ότι δεν παρατηρούμε πάντα μιαν αναλογία ανάμεσα στον τύπο της κρίσης που διατρέχει μια κοινωνία και σε αυτόν της κρίσης των εφήβων της εν λόγω κοινωνίας, όπως και ότι η κρίση των εφήβων, μέσα στην ίδια κοινωνία, μπορεί να είναι πολύ διαφορετική κάθε φορά¹².

Παραμένει όμως ότι είναι φανερό ότι οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, οι οποίες είναι όλο και πιο πολύπλοκες, ορίζοντας όλο και περισσότερο αφηρημένα τον ρόλο του κάθε μέλους τους, φαίνεται ότι αποδεικνύονται ανίκανες να προτείνουν στα παιδιά και στους εφήβους συγκεκριμένα μοντέλα ταύτισης και ηθικές, κοινωνικές, παιδαγωγικές και κοινωνικές αξίες που θα λάμβαναν υπόψη τους τις συνεχείς αλλαγές αυτών των κοινωνιών.

Αν δε θεωρήσουμε το ζήτημα από ψυχαναλυτική άποψη, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η ευρέως διαπιστούμενη σε ένα κοινωνικό επίπεδο έλλειψη ιδανικών, στόχων ή οράματος αντανακλάται, σε ένα ενδοψυχικό επίπεδο, σε περιορισμένης έκτασης μετουσιωτικές μεταλλαγές που συνδέονται με ατελείς εσωτερικές διαφοροποιήσεις συστημάτων όπως το Υπερεγώ ή το Ιδεώδες του Εγώ στις φάσεις ωρίμανσης του ψυχισμού, όπως είναι αυτή της εφηβείας.

Η ασαφής διάκριση των γονικών φύλων και ρόλων, που αποκτούν μια ιδιαίτερη βαρύτητα στη φάση του οιδιποδείου, φαίνεται να εξελίσσεται παράλληλα με την ασάφεια των εσωτερικών διαφοροποιήσεων στο άτομο.

Αυτό ουσιαστικά οδηγεί στην ακύρωση ή στην ποιοτική παραμόρφωση της κλασικής ενδοψυχικής οιδιποδειακής σύγκρουσης που περιγράψαμε, και η οποία έχει μια καθοριστική δομική αξία για την ψυχική ισορροπία του ατόμου. Η δυσδιάκριτη σε σχέση με το παρελθόν οριοθέτηση ρόλων, κανόνων και γενεών, στην οικογένεια και την κοινωνία, η μεγάλη απελευθέρωση της επιθετικής και σεξουαλικής έκφρασης, μείωσαν την ένταση της φυσιολογικής σύγκρουσης ανάμεσα στην επιθυμία και την απαγόρευση και πιθανώς υποθήκευσαν παραδοσιακές δημιουργικές διεξόδους, του τύπου της μετουσίωσης. Η αναζήτηση της ευχαρίστησης και

της ηδονής, της κοινωνικής επιτυχίας και προβολής, ως μόνες «αξίες» που αναγνωρίζονται άμεσα ή έμμεσα σε ένα κοινωνικό επίπεδο, σε συνδυασμό με την ουσιαστική υπαρξιακή μοναχικότητα που διατρέχει τον άνθρωπο στις ανοιχτές, σύγχρονες κοινωνίες, στο πλαίσιο μιας πιθανής αντίδρασης απέναντι στην «καταπίεση» της ομαδικότητας, φαίνεται ότι μειώνουν την παραδοσιακή ενδοψυχική σύγκρουση δεν ελαττώνουν όμως της ενδοψυχική ένταση, η οποία είναι προφανές σημάδι απουσίας εσωτερικών διαφοροποιήσεων και δημιουργικών ψυχικών διεξόδων του τύπου της συμβολοποίησης.

Δεν είναι τυχαίο ότι στην παρούσα φάση της κοινωνικής εξέλιξης, στο πλαίσιο των δεδομένων συνθηκών μέσα στις οποίες ζούμε, η ψυχαναλυτική προσέγγιση φαίνεται να έχει περάσει, κατά κύριο λόγο, σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, που σχετίζονται με παθολογικές προσωπικότητες, που θεμελιώνονται στην παιδική και εφηβική ηλικία, στη βάση των οποίων αποτυπώνονται νέου τύπου οικογενειακές και διανθρώπινες σχέσεις συνδεδεμένες με νέα κοινωνικά δεδομένα.

Κλινικό περιστατικό

Ο Νίκος είναι ένας έφηβος 16 ετών όταν αναζητά ψυχική βοήθεια. Παρουσιάζει κρίσεις πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικά στοιχεία, στο έδαφος μιας χρόνιας αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, έχει έντονες τάσεις να σωματοποιεί τα προβλήματά του. Οι σχολικές του επιδόσεις είναι πολύ χαμηλές, τείνει προς την απομόνωση. Φαίνεται να στρέφεται σε παραβατικές δραστηριότητες.

Οι οικονομική κατάσταση της οικογένειάς του είναι πολύ δύσκολη, κάτι το οποίο συνδυάζεται και με ψυχοπαθολογία στην οικογένεια και με βίαιες οικογενειακές αντιπαραθέσεις. Έτσι ο πατέρας φαίνεται ότι πίνει, είναι συχνά βίαιος απέναντι στη σύζυγο και τον Νίκο, έχει ιστορικό κατάθλιψης. Η μητέρα του Νίκου παρουσιάζει επίσης μιαν καταθλιπτική ψυχοπαθολογία. Τα οικονομικά προβλήματα της, που απετέλεσαν ένα εμπόδιο για να φροντίσει την υγεία της φάνηκαν να επιβαρύνουν την οικογενειακή κατάσταση.

Η ένταση και η βιαιότητα που επικρατούσαν στο σπίτι καθιστούσαν την οικογενειακή ατμόσφαιρα τραυματική για το Νίκο κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.

Μπορούμε να πούμε ότι ο σύνολο όλων αυτών των αντιξοοτήτων οδήγησαν τον Νίκο σε μια εφηβεία που δεν μπορούσε να διαχειριστεί. Αναζητώντας κάποια επιβεβαίωση του εαυτού του φλέρταρε με την παραβατικότητα, αναζητώντας πρότυπα και επιβεβαίωση σε περιθωριακούς χώρους.

Ήταν σαν να ξανακάναμε μαζί του, με συνοπτικές διαδικασίες τον δρόμο της παιδικής και της εφηβικής του ηλικίας, προσπαθώντας να επανορθώσουμε τα προβληματικά σημεία.

Με την ευκαιρία αυτού του περιστατικού, μπορούμε να πούμε ότι ο εφηβικός ψυχικός εκτροχιασμός ενδέχεται να συνδέεται με στοιχεία κοινωνικής και οικογενειακής κρίσης, με την πρώιμη, τραυματική ανάδυση του σεξουαλικού και του επιθετικού στοιχείου στον οικογενειακό και στον κοινωνικό περίγυρο, με παράγοντες δηλαδή που στρεβλώνουν την οικοδόμηση του ψυχισμού κατά τη διάρκεια της παιδικής και ψυχικής ηλικίας. Αυτή η κρίση της εφηβείας, με τη σειρά της τροφοδοτεί την κρίση της οικογενειακής και κοινωνικής δομής, στα πλαίσια ενός φαύλου κύκλου που είναι δύσκολο να διακοπεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Huerre, P. L'histoire de l'adolescence: rôles et fonctions d'un artifice. *Journal français de psychiatrie* 2001, 3:6-8.
2. Freud, S. Three Essays on the Theory of Sexuality. In: Strachey J (ed) *A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works. Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud, Vol VII (1901-1905)*. Hogarth Press, London, 1953:123-246.
3. Negriff S, Blankson AN, Trickett PK. Pubertal timing and tempo: associations with childhood maltreatment. *J Res Adolesc* 2015, 25:201-213.
4. Blos P. *On adolescence*. Collier-MacMillan, London, 1962.
5. Μανωλόπουλος Σ. *Δρόμοι της Εφηβείας*. Νήσος, Αθήνα, 2015.
6. Marcelli D, Braconnier A. *Psychopathologie de l'adolescent*. Masson, Paris, 1984.
7. Freud A. Adolescence. *Psychoanal Study Child* 1958, 13:255-278.
8. Ζερβής, Χρ. Η εφηβεία ως έμφυλη επαναθεμελίωση του υποκειμένου και οι κίνδυνοι του ψυχικού κενού. *Οιδίπους* 2016, 15.
9. Laufer M, Laufer ME. *Adolescence and developmental breakdown*. Yale Univ Press, New Haven and London, 1984.
10. Ζηλίκης, Ν. Ψυχώσεις και ψυχωτικές διεργασίες στην Εφηβεία. *Εφηβεία, Βασική Παιδοψυχιατρική*, Τόμος 2, Τεύχος 2. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2003.
11. Winnicott, D.W. *Playing and Reality*. Tavistock Publications, London, 1971:1-156.
12. Ajurriaguerra J. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson, Paris, 1970.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Επισημάνετε ως σωστή(-ές) μία ή περισσότερες απαντήσεις

1. Η αναμόρφωση της εφηβείας αφορά:
 - A. Το σώμα
 - B. Την ταυτότητα
 - Γ. Τον δείκτη νοημοσύνης

2. Η πορεία της εφηβείας καθορίζεται:
 - A. Από την κληρονομικότητα μόνο
 - B. Από την πορεία της παιδικής ηλικίας μόνο
 - Γ. Από οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες μόνο
 - Δ. Από όλα τα ανωτέρω μαζί

3. Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από το ότι:
 - A. Αναδιοργανώνεται ο ναρκισσισμός του ατόμου
 - B. Κινητοποιείται πάλι το οιδιπόδειο
 - Γ. Αυξάνεται η εμπιστοσύνη στον εαυτό

4. Ο έφηβος αντιδρά απέναντι στην εφηβεία του:
 - A. Πάντα με θετικό τρόπο αφού πρόκειται για μια καλή εξέλιξη
 - B. Πάντα με αρνητικό τρόπο γιατί είναι μια νέα κατάσταση που τη φοβάται
 - Γ. Συχνά με ανάμικτα συναισθήματα

5. Αν η εφηβεία παρουσιάσει δυσκολίες αυτό μπορεί να οφείλεται:
 - A. Στις προηγούμενες καθηλώσεις του εφήβου
 - B. Στις άσχημες αντιδράσεις των γονέων
 - Γ. Στο άσχημο κοινωνικό περιβάλλον

3. Η διαγνωστική εκτίμηση του εφήβου

Ελένη Λαζαράτου

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Σκοπός της διαγνωστικής εκτίμησης είναι να αναγνωρισθεί το είδος και η σοβαρότητα του προβλήματος δηλαδή πόσο επηρεάζει την ζωή του εφήβου και της οικογένειας.
- Επίσης θα πρέπει να ταυτοποιηθούν πιθανοί αιτιολογικοί μηχανισμοί που αναφέρονται σε κοινωνικά, οικογενειακά, ατομικά και οργανικά αίτια.
- Στο τέλος θα σχεδιασθεί με τον έφηβο και την οικογένεια του ο κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης και θεραπείας. Σ' αυτό το πρώτο στάδιο μπορεί επίσης να εκτιμηθεί η πρόγνωση και να προταθούν προληπτικές παρεμβάσεις.
- Η διαγνωστική εκτίμηση του εφήβου ενέχει δυσκολίες που είναι εγγενείς του τρόπου ψυχικής λειτουργίας αυτής της ηλικίας. Υπάρχει μια σχετική ευκολία στην αναγνώριση διαταραχών της συμπεριφοράς και των πράξεων. Η αναζήτηση όμως των διαταραχών των ψυχικών λειτουργιών αποδεικνύεται ιδιαίτερα δύσκολη.
- Ο εξεταστής κινδυνεύει να εντοπίσει τη προσοχή του στη συμπεριφορά και το πέρασμα στη πράξη που κρύβει τα συναισθήματα, το άγχος, τις ενδοψυχικές συγκρούσεις, τις νοητικές αναπαραστάσεις και γενικότερα την εσωτερική ζωή.
- Πέρα από την εύκολα αναγνωρίσιμη συμπτωματολογία πρέπει να αναζητήσουμε τις συναισθηματικές και νοητικές συνιστώσες που την συνοδεύουν.

1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΜΙΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΕ ΕΞΕΛΙΞΗ

Ο τρόπος της διαγνωστικής εκτίμησης στην εφηβεία παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και διαφορές από εκείνο της ψυχιατρικής ενηλίκων και της παιδοψυχιατρικής.

Ο έφηβος δεν έχει ανάγκη τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στα παιδιά (παιχνίδι, ζωγραφική, πλαστελίνη). Διαθέτει τη λεκτική ικανότητα του ενήλικα για να περιγράψει τα προβλήματα του και τον λόγο αναζήτησης βοήθειας. Η διάγνωση πραγματοποιείται όπως στην ψυχιατρική ενηλίκων, απαιτεί όμως μεγα-

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

λύτερη χρονική διάρκεια και εντονότερη εμπλοκή του εξεταστή.

Η λειτουργία της συνέντευξης είναι διπλή. Μέσα από την συνέντευξη καθίσταται δυνατή η διαγνωστική εκτίμηση σε διάφορους τομείς της κλινικής ψυχιατρικής του εφήβου - σημειολογικό, νοσογραφικό, ψυχοπαθολογικό, ψυχοδυναμικό, ατομικό, διαπροσωπικό, οικογενειακό. Ταυτόχρονα έχει και μια λειτουργία θεραπευτική. Εάν περιοριστούμε στη συγκέντρωση πληροφοριών χωρίς να διατυπώσουμε ορισμένες θεραπευτικές προτάσεις κινδυνεύει να θεωρηθεί για τον έφηβο και την οικογένεια του μια ανώφελη ή ακόμη και επιζήμια εμπειρία¹.

Η αλληλεπίδραση που ξετυλίγεται κατά την διάρκεια της συνέντευξης αποτελεί το εργαλείο αυτής της διπλής κατεύθυνσης. Η ιδιαιτερότητα της διαγνωστικής εκτίμησης στην εφηβική ψυχιατρική είναι ότι από την αρχή της συνάντησης υπάρχει μια επένδυση μαζική και άμεση. Ο έφηβος απονέμει μία θέση στον εξεταστή, τον κρίνει, του ζητάει απαντήσεις και συχνά τον προκαλεί.

Αυτή η συνάντηση αποτελεί μια καινούργια εμπειρία για τον έφηβο. Του δίνει την ευκαιρία να μιλήσει για τον εσωτερικό του κόσμο, τα συναισθήματα του, τις συγκινήσεις του, τις σκέψεις του, τα όνειρα ή τις ονειροπολήσεις του, χωρίς να κρίνεται σύμφωνα με τα ηθικά κοινωνικά κριτήρια ή να μπαίνει σε σχέση εξουσίας πατέρα - παιδιού. Ο εξεταστής αποτελεί συχνά τον πρώτο ενήλικα που μιλάει μαζί του χωρίς να είναι μέλος της οικογένειάς του ούτε ένα πρόσωπο εξουσίας (δάσκαλος, εκπαιδευτής).

Η διαγνωστική εκτίμηση του εφήβου απαιτεί αρκετό χρόνο και δεν ολοκληρώνεται σε μία και μοναδική συνάντηση. Εκτός από την περιγραφή της συμπτωματολογίας θα πρέπει να συλλεχθούν πληροφορίες που θα επιτρέψουν την πρόγνωση και την εκτίμηση της ανταπόκρισης στην προτεινόμενη θεραπεία².

Ο εξεταστής προτείνει ένα καθορισμένο πλαίσιο συναντήσεων στο τέλος των οποίων θα έχει ολοκληρωθεί η διάγνωση. Αυτό καθησυχάζει τον έφηβο και τους γονείς του για το τι θα γίνει και δίνει στον εξεταστή τον χρόνο και την απαραίτητη απόσταση για να πάρει κάποιες αποφάσεις. 3-4 συναντήσεις με τον έφηβο και 1-2 συναντήσεις με τους γονείς σε ρυθμό ανά 10-15 ημέρες αποτελούν ένα μέσο μοντέλο. Η εκτίμηση άρα για να ολοκληρωθεί χρειάζεται μία περίοδο 2-3 μηνών. Στο τέλος με την ανακοίνωση της διάγνωσης διατυπώνονται οι θεραπευτικές προτάσεις. Όπως πάντα υπάρχουν εξαιρέσεις που επιβάλουν να συντομεύσει αυτή η φάση της διαγνωστικής εκτίμησης και να προταθεί γρήγορα μία συμπτωματική θεραπεία και πιθανόν μία νοσηλεία ή αντίθετα η φάση να επιμηκυνθεί.

Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που ο έφηβος ζητάει μόνος του βοήθεια. Συνήθως έρχεται υπακούοντας τους γονείς του και αναγνωρίζοντας οι εκείνοι πλέον δεν μπορούν να τον βοηθήσουν. Η πρώτη συνάντηση εκτός από τη περιέργεια επενδύεται με υπερβολικές προσμονές και ελπίδες ότι πιθανόν θα είναι αρκετή για να επιλυθεί το πρόβλημα. Η προοπτική της συνέχειας βρίσκει απροετοίμαστο τον έφηβο και αν

αυτή η συνέχεια προτείνεται με όρους ασαφείς ο έφηβος πιθανόν δεν θα ξανάρθει. Ο καλύτερος τρόπος είναι αφού του εξηγήσουμε, να του προτείνουμε το συμβόλαιο για την αρχική περίοδο της διάγνωσης.

Στην παιδοψυχιατρική η διαγνωστική εκτίμηση ξεκινάει με την συνέντευξη των γονέων με ή χωρίς τη παρουσία του παιδιού. Όταν όμως πρόκειται για έφηβο είναι προτιμότερο η πρώτη συνάντηση να του αφιερωθεί. Αν είναι πάνω από 15 ετών μπορούμε να τον δεχθούμε μόνο του και μετά να τον ρωτήσουμε αν δέχεται να συναντήσουμε τους γονείς του. Η διαβεβαίωση ότι καμία πληροφορία από το περιεχόμενο των συναντήσεων μαζί του δεν θα μεταφερθεί στους γονείς του αρκεί συνήθως για να συμφωνήσει ο έφηβος.

Με ένα μικρότερο έφηβο 12-15 ετών μπορούμε να συναντήσουμε σύντομα τα πρόσωπα που τον συνοδεύουν και μετά ανάλογα με την δυναμική της συνάντησης να εμβαθύνουμε στα οικογενειακά προβλήματα ή να συνεχίσουμε να τον βλέπουμε μόνο του.

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι γονείς επιθυμούν να μας πληροφορήσουν για ότι εκείνοι θεωρούν σημαντικό και ζητούν να μας δουν πριν τη συνάντηση με τον έφηβο. Αυτό κάνει τη μετέπειτα συνάντηση πιο δύσκολη διότι ο έφηβος τοποθετεί τον εξεταστή σε μία γονεϊκή θέση, τον θεωρεί σύμμαχο των γονιών του και υιοθετεί μια αμυντική στάση που δυσκολεύει τη διαγνωστική εκτίμηση.

2. Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΦΗΒΟ

Αν και η προσωπικότητα και η θεωρητική κατάρτιση του εξεταστή καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την διεξαγωγή της συνέντευξης ορισμένα σημεία θα πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα όταν ο εξεταζόμενος είναι έφηβος³.

Οι συνεντεύξεις εξελίσσονται σαν μια συνομιλία κατά τη διάρκεια της οποίας ο εξεταστής δείχνει καθαρά το ενδιαφέρον του για τον ενδοψυχικό κόσμο του εφήβου. Ο ρυθμός αυτής της συνομιλίας δίνεται από τις ερωτήσεις του εξεταστή διατυπωμένες κατά γενικό τρόπο, έτσι ώστε να μην προκαλέσουν μια απάντηση ναι/όχι. Είναι συχνά χρήσιμο να επαναλαμβάνουμε τα λόγια του εφήβου προσπαθώντας να τον κάνουμε να τα προσδιορίσει. Είναι ενδιαφέρον να φέρουμε τον έφηβο αντιμέτωπο στις αντιθέσεις του λόγου του, με την προϋπόθεση να μην φανεί ότι τον κατηγορούμε για αυτή την αντίθεση. Όταν ο εξεταστής θέτει μια ερώτηση καλό είναι να εξηγεί γιατί κάνει αυτή την ερώτηση, τι ψάχνει. Όσο πιο διαταραγμένος είναι ο έφηβος τόσο αυτή η επεξήγηση μπορεί να χρησιμεύει έτσι ώστε να μην αποκρύψει τις ιδέες ή τα συναισθήματα του. Για να αποδώσουμε το νόημα μιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι χρήσιμο να ανακοινωθούν διάφορες εξηγήσεις και να ερωτηθεί ο έφηβος ποια του φαίνεται ότι ταιριάζει καλύτερα π.χ. όταν κλείνεστε στο δωμάτιο σας είναι γιατί μαλώσατε με τους γονείς σας, γιατί νοιώθετε άγχος όταν είστε έξω,

γιατί δεν σας ενδιαφέρουν πλέον τα πράγματα που κάνατε πριν... Με αυτό τον τρόπο μεταφέρεται η προσοχή από την συμπεριφορά στις σκέψεις ή τα συναισθήματα που την συνοδεύουν. Ακόμη και όταν ο έφηβος δεν απαντά στις προτάσεις του εξεταστή αυτές μπορεί να αποτελέσουν θέματα σκέψης στα οποία θα μπορεί να επανέλθει στις επόμενες συναντήσεις.

Ο ρυθμός πρέπει να ταιριάζει στον κάθε έφηβο και να αποφεύγονται οι πολύ μεγάλες σιωπές ή ο βομβαρδισμός με ερωτήσεις. Η σιωπή μπορεί να προκαλέσει απόγνωση. Ο έφηβος υιοθετεί την ίδια στάση με τον εξεταστή και κλείνεται στον εαυτό του. Έχει την αίσθηση ότι ο εξεταστής αδιαφορεί ή τον κοροϊδεύει και βιώνει ένα αίσθημα εγκατάλειψης. Το ακριβώς αντίθετο, πολλές ερωτήσεις που τίθενται πολύ γρήγορα, μπορεί να προκαλέσουν στον έφηβο ένα βίωμα διείσδυσης και για να αμυνθεί βυθίζεται στην σιωπή, κρύβει τις σκέψεις του ή αποσύρεται στον εαυτό του.

Πολλές φορές ο έφηβος λέει πράγματα μη ρεαλιστικά, προκλητικά προσπαθώντας να οδηγήσει τον εξεταστή να αντιδράσει όπως και οι γονείς του. Όταν απουσιάζει αυτή η αντίδραση μπορεί να το θεωρήσει αποδοχή, που θα σταθεροποιήσει ή θα ενισχύσει τις παθολογικές του συμπεριφορές. Ο εξεταστής οφείλει να διαφοροποιηθεί κάνοντας μία παρατήρηση του είδους “Δεν συμμερίζομαι τις σκέψεις σας αλλά μπορούμε να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε γιατί σκέπτεστε έτσι”. Η υιοθέτηση μιας τέτοιας στάσης είναι σημαντική στο πεδίο των σχέσεων με τους γονείς, σε χρήση ναρκωτικών, παραπτωματικών πράξεων, διαταραχών σεξουαλικότητας.

Η σύγκρουση με τους γονείς μπορεί να προκαλέσει αντιθετικές συμπεριφορές που θα έχουν επίπτωση στο μέλλον π.χ. διακοπή της σχολικής φοίτησης σαν απάντηση της γονεϊκής υπερεπένδυσης σε αυτό τον τομέα. Στις αρχικές συνεντεύξεις ο έφηβος εκλογικεύει τέτοιου είδους επιλογές και τις προβάλλει σαν οριστική και αμετάκλητη απόφαση του. Ο εξεταστής θα πρέπει να τις δεχθεί χωρίς να τις διαψεύδει περιμένοντας να καλλιεργηθεί η ικανότητα του εφήβου έτσι ώστε να μπορεί να προσδιορίσει μόνος του τα αίτια της συμπεριφοράς του.

Η σεξουαλική συμπεριφορά του εφήβου είναι επίσης ένα θέμα που πρέπει να θιγεί με προσοχή και λεπτότητα. Σε κατ’ ευθείαν ερωτήσεις σ’ αυτό το τομέα ο έφηβος απαντά με γενικότητες ή άρνηση. Αν όμως ο εξεταστής δεν αναφερθεί καθόλου σ’ αυτά τα σημεία ο έφηβος δεν θα τολμήσει να τα αναφέρει ακόμη και αν αποτελούν το κεντρικό πυρήνα των δυσκολιών του.

Σε κάθε περίπτωση η διαγνωστική εκτίμηση κινητοποιεί ένα φόβο που είναι καλά κρυμμένος. Η ένταση με την οποία βιώνονται τα συναισθήματα στην εφηβεία οδηγεί τον έφηβο στον φόβο ότι δεν είναι φυσιολογικός, ότι είναι τρελός. Η συνάντηση με τον ψυχίατρο μπορεί να επαληθεύσει αυτό το φόβο ή να αυξήσει την αμφιβολία και την οδύνη που αυτή συνεπάγεται.

3. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Σε μία κλασική νοσολογική προσέγγιση πρέπει να αναγνωριστούν τα συμπτώματα και οι πιθανοί συνδυασμοί τους δηλαδή τα σύνδρομα. Επίσης, να ανιχνευτούν στο παρελθόν ίδια ή διαφορετικά συμπτώματα που συνδέονται με τα παρόντα⁴.

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση μελετάει την οικονομική αξία των συμπτωμάτων τις συγκρούσεις από τις οποίες δημιουργήθηκαν και το πως ενσωματώνονται στην ψυχική ζωή. Απαιτεί μια ειδική θεωρητική κατάρτιση η οποία είναι διαφορετική ανάλογα με τις σχολές.

Η ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει και την μελέτη εξωτερικών παραγόντων, σχέσεων, γεγονότων ζωής, κοινωνικών συνθηκών. Η θεωρητική κατάρτιση του εξεταστή παίζει και εδώ ρόλο για το ποιοι παράγοντες θα ληφθούν υπόψη.

Η διαγνωστική εκτίμηση της οικογένειας αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα της διαγνωστικής εκτίμησης του εφήβου. Όπως κάθε εκτίμηση ομάδας είναι ταυτόχρονα περιγραφική αλλά και δυναμική επικεντρωμένη στις αλληλεπιδράσεις. Το ατομικό (ανάπτυξη, σωματική υγεία) και οικογενειακό ιστορικό (κληρονομικότητα ψυχικών ασθενειών) λαμβάνεται κυρίως από την συνέντευξη με τους γονείς.

Η εκτίμηση του ίδιου του εφήβου ξεκινάει από την εμφάνιση του. Ο τρόπος ένδυσης, το κούρεμα, η παραμέληση της ατομικής καθαριότητας χρησιμοποιούνται από τον έφηβο για να δείξουν τη σύγκρουση με το περιβάλλον. Επιλέγοντας τα εξωτερικά χαρακτηριστικά της εμφάνισης του ο έφηβος αναζητά τη διαφοροποίηση από τη γενιά των γονιών του και ταυτόχρονα τη καθησυχαστική ομοιότητα με τους συνομηλίκους του.

Πολλές φορές η εμφάνιση του εφήβου είναι ενδεικτική της ψυχοπαθολογίας του. Οι ανορεξικές π.χ. έφηβες παρουσιάζονται απισχασμένες, ντυμένες με παντελόνια ή με φόρμες γυμναστικής. Οι παραπτωματικοί έφηβοι επιδεικνύουν απροκάλυπτα τα τατουάζ ή διάφορα σημάδια που έχουν προκληθεί από έτερο- ή αυτοεπιθετικές πράξεις.

Η εξωλεκτική επίσης επικοινωνία του εφήβου είναι σημαντικό να εκτιμηθεί. Ο τρόπος που περπατάει, στέκεται, κάθεται, οι θέσεις και οι κινήσεις του σώματος, ο τρόπος που κοιτάζει, η έκφραση και οι χειρονομίες που συνοδεύουν τον λόγο μπορεί να δείχνουν αναστολή λόγω άγχους, απόσυρση, υπακοή ή αντίθετα παρορμητικότητα και επιθετικότητα.

Στα θέματα των διαγνωστικών συνεντεύξεων περιλαμβάνεται η εκτίμηση της άποψης που έχει ο ίδιος ο έφηβος για το πρόβλημα του. Αν είναι μόνο δικό του ή καθορίζεται από την συμμετοχή των γονιών του. Αν θεωρεί ότι κάποιος άλλος είναι υπεύθυνος γι' αυτό και τι χρειάζεται να γίνει προκειμένου να βρεθεί λύση. Εκτιμάται επίσης κατά πόσο ο έφηβος έχει επίγνωση του νοσηρού της διαταραχής και ανα-

γνωρίζει ότι οι ψυχοκοινωνικές του δυσκολίες συνδέονται μ' αυτή.

Ζητάμε την άποψη του για τις ενδοοικογενειακές σχέσεις που περιλαμβάνει τις σχέσεις με τους γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Πρέπει να ληφθούν υπόψη η ένταση της σύγκρουσης και η ανάγκη αντίθεσης που οδηγεί στην διαφοροποίηση από τους γονείς. Πρέπει επίσης να μελετηθεί η ικανότητα του εφήβου να αναγνωρίζει την οικογενειακή και κοινωνική του ταυτότητα. Η ποιότητα των σχέσεων με την ευρύτερη οικογένεια, τα κοινά ενδιαφέροντα και οι κοινές δραστηριότητες μαρτυρούν την δυνατότητα του να εγγραφεί στον οικογενειακό αστερισμό. Μερικοί έφηβοι ενώ είναι σε έντονη σύγκρουση με τους γονείς έχουν ικανοποιητική σχέση με τους παππούδες ή και με τους άλλους ενήλικες με τους οποίους μπορεί να εγκαταστήσουν σχέσεις εκτίμησης, φιλίας και εμπιστοσύνης. Ο έφηβος βρίσκει σε ένα άλλο ενήλικα ένα προσωρινό πρότυπο ταυτοποίησης και διατηρεί τους δεσμούς με την οικογένεια.

Το ενδιαφέρον του εφήβου για τη σχολική φοίτηση, τα επαγγελματικά του σχέδια ή τουλάχιστον κάποιες ιδέες για την επαγγελματική του αποκατάσταση, μαρτυρούν την ικανότητα του να φανταστεί το μέλλον. Μια σημαντική επένδυση στο σχολείο, ενώ ο έφηβος δεν έχει κανένα επαγγελματικό ενδιαφέρον είναι μια επένδυση που κινδυνεύει να σταματήσει ξαφνικά πχ. είναι γνωστή σχολική επιτυχία των ανορεξικών κοριτσιών χωρίς ουσιαστική συναισθηματική συμμετοχή και ικανοποίηση.

Οι σχέσεις με συνομηλίκους, η ένταξη σε παρέες ή ομάδες και η θέση που κατέχει ο έφηβος σ' αυτές δείχνει την ικανότητα του να λειτουργεί με άλλα κοινωνικά κριτήρια και πρότυπα συμπεριφοράς διαφορετικά απ' αυτά που προτείνει η οικογένεια του. Πρέπει να εκτιμήσουμε την αξία αυτών των σχέσεων, την ικανότητα του εφήβου να μένει μόνος του αλλά και την ευκολία με την οποία εντάσσεται στην ομάδα. Μας ενδιαφέρει επίσης ο βαθμός συμφωνίας των σχέσεων με τους συνομηλίκους και την οικογένεια ή αντίθετα η επιλογή φίλων που λόγω των κοινωνικοπολιτιστικών τους χαρακτηριστικών οι γονείς δεν μπορούν παρά να απορρίψουν.

Αντικείμενο εκτίμησης αποτελεί η εικόνα σώματος και η σεξουαλικότητα του εφήβου. Τέλος μας ενδιαφέρει η αυτοεκτίμηση και η εικόνα εαυτού.

Συζητώντας τα παραπάνω θέματα με τον έφηβο μπορούμε να καταγράψουμε τη ψυχιατρική σημειολογία σε διάφορα επίπεδα^{5,6}:

Συναίσθημα: Οι διαταραχές του συναισθήματος αναγνωρίζονται σαν απελπισία, λύπη, απόγνωση, διέγερση, ευφορία, υπομανία, μανία, ντροπή, αμηχανία. Αν υπάρχει καταθλιπτικό συναίσθημα θα πρέπει να καταγραφεί η διακύμανση του και η εναλλαγή του με καταστάσεις δυσφορίας ή διέγερσης και η συνύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, ανορεξία. Επίσης αναζητείται η έκφραση αυτοκτονικών ή άλλων αυτοκαταστροφικών ιδεών ή σχεδίων. Αν το επικρατούν συναίσθημα είναι το άγχος εκτιμώνται συμπτώματα που δείχνουν την υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ιδρώτας, ταχυπαλμία, τρόμος, ζαλάδες κλπ.

Σκέψη: Οι διαταραχές της σκέψης διακρίνονται σε διαταραχές της δομής και της ποιότητας της σκέψης και σε διαταραχές του περιεχομένου. Οι διαταραχές της δομής και της ποιότητας της σκέψης περιλαμβάνουν τη βραδύτητα, την εύκολη κόπωση, την επιτάχυνση, την ιδεοφυγή, τη χάλαση συνειρμού, τη παρεμβολή και υποκλοπή σκέψεων, τον σχολιασμό σκέψεων, την ηχώ και την εκπομπή σκέψεων. Παρανοήσεις, λανθασμένες εκτιμήσεις, παρερμηνείες, παραληρητικές ιδέες (παρακολούθησης, διώξεως, μεγαλείου), ψυχαναγκαστική σκέψη αποτελούν τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης.

Λόγος: Οι διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών εκφράζονται με το λόγο. Είναι ενδιαφέρον όμως να εκτιμηθούν ορισμένα χαρακτηριστικά της εκφοράς του λόγου όπως καθαρότητα, λεξιλόγιο, σύνταξη, περίεργη προφορά, στερεότυπη επανάληψη των λέξεων εξεζητημένη χρησιμοποίηση ιδιαζόντων εκφράσεων.

Γνωσιακές λειτουργίες: Η εκτίμηση των γνωσιακών λειτουργιών περιλαμβάνει της εκτίμηση του προσανατολισμού, της μνήμης, του εύρους και της συγκέντρωσης της προσοχής, της κρίσης και γενικών γνώσεων και πληροφοριών. Εκτιμάται επίσης η δυνατότητα ανάγνωσης και γραφής, η απόδοση νοήματος ενός γραπτού κειμένου και η ικανότητα νοητικής επεξεργασίας.

Αντίληψη: Διαταραχές της αντίληψης αποτελούν οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, γευστικές και κοιναισθητικές), η αποπροσωπότητα (δυσάρεστο αίσθημα ότι το σώμα ή το εγώ του ασθενούς έχει αλλάξει) και η αποπραγματοποίηση (περίεργο αίσθημα ότι το περιβάλλον έχει αλλάξει).

Η διαγνωστική εκτίμηση του εφήβου συμπληρώνεται με την σωματική, νευρολογική εξέταση και με ψυχολογικά τεστ.

4. ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η συμπτωματολογία της εφηβείας μπορεί να παρατηρηθεί και σε οιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής του ατόμου.

Η σημειολογία όμως των ψυχικών διαταραχών αποκτά νόημα και αξία αν ενταχθεί στην δυναμική των αλλαγών που επιφέρει η εφηβεία. Κοινά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, διέγερση, παρορμητικότητα αποκοτούν ειδική σημασία όταν συνδεθούν με τις ψυχικές διεργασίες της εφηβείας. Άλλα ειδικότερα συμπτώματα όπως δυσμορφοφοβίες, διαταραχή της σεξουαλικής συμπεριφοράς, διαταραχή διατροφής αποδίδονται στις δυσκολίες του πέρασματος από την παιδική στην ενήλικη ζωή.

Οι διαταραχές της εφηβείας μπορεί επίσης να ταξινομηθούν σε δύο βασικούς άξονες, την παθολογία της πράξης και παθολογία της σωματικής έκφρασης.

Η παθολογία της πράξης αναφέρεται κυρίως στα acting out, στις ανεξέλεγκτες συμπεριφορές με τις οποίες ο έφηβος δείχνει την δυσφορία του. Η παθολογία της

σωματικής έκφρασης προέρχεται από την δυσκολία του εφήβου να αποδεχθεί το σώμα που αλλάζει και τον καινούργιο του εαυτό.

4.1 Άγχος

Είναι σπάνιο ο έφηβος να διέλθει από τις ψυχολογικές διεργασίες της εφηβείας χωρίς να νοιώσει άγχος.

Το άγχος παρουσιάζεται ξαφνικά ή προοδευτικά, με διάχυτο χαρακτήρα ή εντοπισμένο σ' ένα μέρος του σώματος ή μια συμπεριφορά. Μπορεί να επιφέρει αποδιοργάνωση της ψυχικής λειτουργίας ή αντίθετα να είναι σχετικά ανεκτό. Σπάνια συνδέεται με ένα αγγογόνο ερέθισμα, ενώ συχνότερα βιώνεται σαν μια διάχυτη και αόριστη δυσφορία. Η διάρκεια του ποικίλλει από ώρες μέχρι ημέρες και μήνες. Συχνά μια κρίση άγχους σηματοδοτεί το πέρασμα σε μια οργανωμένη παθολογική διαταραχή.

4.2 Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας για την εφηβεία, αναφέρουμε αυθόρμητα την λύπη, την διέγερση, τον θυμό, την θλίψη, τον πεσιμισμό, την αυτό-υποτίμηση. Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πλείστα παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, δείχνοντας βαρεμάρα και αδιαφορία για το κάθε τι που αγγίζει η καθημερινότητα. Πίσω από αυτή την αδιαφορία κρύβονται αισθήματα ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας. Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση ταυτίζει ένα μεγάλο μέρος των διεργασιών της εφηβείας με τις διεργασίες του πένθους. Ο έφηβος είναι αναγκασμένος να αποχωρισθεί συμβολικά τους γονείς του, να διακόψει τους δεσμούς μαζί τους και να απομακρυνθεί από τον παράδεισο των παιδικών του χρόνων για να αντιμετωπίσει μόνος του μια νέα πραγματικότητα. Αυτή η διεργασία διακοπής των δεσμών και απώλειας του αντικειμένου, έχει ακριβώς τα ίδια στάδια, όπως η διεργασία αντιμετώπισης του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου. Ταυτόχρονα, ενώ ο έφηβος απομακρύνεται από τα αντικείμενα αγάπης της παιδικής του ηλικίας περνάει μια περίοδο, όπου η ενασχόλησή του είναι κυρίως στραμμένη προς τον ίδιο του τον εαυτό. Πρόκειται για μια ναρκισσιστική παλινδρόμηση, όπου οι ικανοποιήσεις αναζητούνται όχι στις σχέσεις με τους άλλους, αλλά στις φαντασιώσεις και τα προσωπικά σενάρια του εφήβου. Από εδώ πηγάζουν τα αισθήματα ντροπής, κατωτερότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και εκφράζουν την απόσταση από αυτό που θα ήθελε ο έφηβος να είναι και από αυτό που πραγματικά είναι⁷.

Η βασική διαφορά της συμπτωματολογίας από την κατάθλιψη ενηλίκων είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει ευερεθιστότητα, αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Γκρινιάζει συνεχώς, όλα του φαίνε, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις στην οικογένεια, αλλά και στο χώρο του σχολείου. Περιορίζει τις δραστηριότητες που συνήθως του προσφέρουν ευχαρίστηση και τις δραστηριότητες που απαιτούν σημαντική ενέργεια. Παραπονείται για κούραση, αλλά κυρίως δείχνει μια αδιαφορία και βαρεμάρα που αποτελεί έκφραση της ψυχοκινητικής του επιβράδυνσης. Τα σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, κοιλιακοί πόνοι), αντικαθιστούν συχνά τα υποκειμενικά παράπονα που εκφράζουν μίζερια, δυστυχία και θλίψη. Η απότομη και σημαντική μείωση των σχολικών επιδόσεων αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Ο έφηβος δεν μιλάει αυθόρμητα για καταθλιπτικά συναισθήματα. Συμπεριφορές αποφυγής, αποεπένδυση των δραστηριοτήτων, ξαφνικοί θυμικοί μπορεί να καλύπτουν μια υποβόσκουσα καταθλιπτική σημειολογία. Αντίθετα εκρήξεις θυμού, παρορμητικές συμπεριφορές, φυγές, διακοπή σχολείου, αϋπνία κινδυνεύουν να καλύψουν διαταραχές συναισθήματος μανιακού τύπου⁸.

4.3 Φοβίες

Υποχονδριακοί φόβοι που επικεντρώνονται στο σώμα και στη κατάσταση της υγείας παρουσιάζονται συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Εκφράζονται με υπερβολική ενασχόληση με το σώμα και τις λειτουργίες του και εστιάζονται σε όργανα ζωτικής σημασίας π.χ. η καρδιά και το αίμα. Σε ακραίες περιπτώσεις καταλαμβάνουν όλη τη λειτουργία της προσωπικότητας και δομούνται σε ένα υποχονδριακό παραλήρημα όπου ο έφηβος είναι πεπεισμένος ότι πάσχει από κάποια συγκεκριμένη ασθένεια.. Παρουσιάζονται συχνότερα στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια και σε οικογένειες όπου ένας γονέας είναι ασθενής ή παρουσιάζει υποχονδριακούς φόβους. Ενισχύονται επίσης από ορισμένα πολιτισμικά και εκπαιδευτικά μοντέλα που ευνοούν την έκφραση των συναισθημάτων και των συγκινήσεων μέσα από το σώμα⁹.

Η σχολική φοβία με έναρξη στην εφηβεία εμφανίζεται σταδιακά. Μία ολοένα αυξανόμενη ένταση, ένα είδος ευερεθιστότητας και νευρικότητας προηγούνται της πλήρους εκδήλωσης του προβλήματος. Ο έφηβος φαίνεται απρόθυμος να πάει σχολείο, προβάλλει ποικίλες δικαιολογίες και παράπονα και τελικά το πρόβλημα κλιμακώνεται σε μια κατηγορηματική άρνηση.

4.4 Ψυχαναγκαστικές διαταραχές

Οι έφηβοι συχνά παρουσιάζουν ανησυχίες που αφορούν τη μορφολογία ενός τμήματος ή του συνόλου του σώματος. Οι δυσμορφοφοβίες παρατηρούνται και στα δύο φύλα και συνδέονται με τις σωματικές αλλαγές που προκαλούνται λόγω της ήβης. Δεν είναι πραγματικές φοβίες γιατί δεν υπάρχει ένα φοβογόνο αντικείμενο ή

κατάσταση αλλά εντάσσονται τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές. Ο φόβος αν υπάρχει αφορά τη κοινωνική απόρριψη.

Οι δυσμορφοφοβίες είναι επικεντρωμένες σ' ένα μέρος του σώματος πού έχει μια φυσιολογική μορφολογία ή παρουσιάζει μια ελάχιστη παρεκτροπή από το φυσιολογικό. Το πρόσωπο και τα χαρακτηριστικά του (μάτια, μύτη, αυτιά, χείλη, στόμα, δόντια) αποτελούν το συχνότερο εντοπισμό των δυσμορφοβιών. Οι αμφιβολίες του εφήβου αναφέρονται στο μέγεθος (πολύ μικρό, πολύ μεγάλο) και το σχήμα (π.χ. κυρτή μύτη). Η εμφάνιση ή η καθυστέρηση των σωματικών αλλαγών της ήβης όπως η ακμή, η τριχοφυΐα, η αλλαγή της χροιάς της φωνής, το μέγεθος του πέους στα αγόρια, το μέγεθος και το σχήμα του στήθους στα κορίτσια, μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενα αγχώδους ενασχόλησης.

Το σωματικό ανάστημα επίσης όταν ξεφεύγει από το μέσο όρο προκαλεί ανησυχία στους εφήβους. Οι κοντοί έφηβοι έχουν αίσθημα μειονεξίας και συχνά αναπτύσσουν αντιδραστικές συμπεριφορές, κυρίως παραπταωματικές.

Είναι σημαντικό να διαχωρισθεί μια δυσμορφοφοβία που αφορά ένα μέρος του σώματος που αλλάζει στην εφηβεία (π.χ. στήθος, ακμή προσώπου) ή ένα μέρος που δεν συνδέεται άμεσα με τις αλλαγές της εφηβεία (π.χ. μύτη, αυτιά). Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει μια δυσκολία αποδοχής της καινούργιας εικόνας σώματος και η απελπισία που προκαλούν οι σωματικές αλλαγές ενώ η δεύτερη μπορεί να κρύβει μια παραληρητική διαταραχή¹⁰.

Οι δυσμορφοφοβίες πού έχουν σχέση με φυλετικά χαρακτηριστικά (χρώμα δέρματος, σχήμα μύτης, ματιών, μαλλιών) ή αναφέρονται στις ομοιότητες των χαρακτηριστικών του εφήβου με ένα γονέα έχουν πιο πολύπλοκο χαρακτήρα γιατί ανακινούν προβλήματα γενεαλογίας και σχηματισμού ταυτότητας.

Η θέση της αμφιβολίας είναι κεντρική στην σκέψη του εφήβου. Εκτός από τις δομημένες ψυχαναγκαστικές διαταραχές, οι αμφιβολίες είναι συχνές είτε μεμονωμένες, είτε γενικευμένες που καταλαμβάνουν όλη την νοητική λειτουργία¹¹.

Ο φόβος της τρέλας βιώνεται συχνά από τους εφήβους και αναζωπυρώνεται σε διάφορες ευκαιρίες όταν ο ίδιος ο έφηβος κρίνει ότι οι αντιδράσεις του δεν είναι φυσιολογικές. Ο διάχυτος αυτές αμφιβολίες προκαλούν έντονο άγχος και σύγχυση στον ορίων μεταξύ πραγματικότητας και εσωτερικού υποκειμενικού κόσμου. Ένας τρόπος αποφυγής για τον έφηβο είναι η ένταξή του σε ένα θρησκευτικό – πολιτικό ή άλλο σύστημα το οποίο του προσφέρει μοντέλα ταυτοποίησης κοινωνικά αποδεκτά.

4.5 Σεξουαλικότητα

Στην εφηβεία γίνεται δυνατή η ολοκλήρωση της σεξουαλικής πράξης. Αυτό συμβαίνει λόγω της βιολογικής ωρίμανσης και των ψυχικών αλλαγών που επέρχονται και αποτελεί ένα κεντρικό σημείο της ζωής του εφήβου. Η σεξουαλικότητα εί-

ναι ο καινούργιος τομέας της ζωής του εφήβου και οι πρώτες εμπειρίες μπορεί να προκαλέσουν τραύματα ή να αποτελούν παρεκκλίνουσες συμπεριφορές. Χαοτική σεξουαλική συμπεριφορά συναντάται και αντανακλά το άγχος, τις αμφιβολίες και την ανασφάλεια του εφήβου για ότι αφορά την σεξουαλικότητα.

Η αποδοχή της σεξουαλικότητας στην εφηβεία αντανακλά την κοινωνική εξέλιξη. Ορισμένες συμπεριφορές είναι επιτρεπτές ή μη σε διάφορες εποχές και διάφορους πολιτισμικούς χώρους.

Η πρώτη ερωτική σχέση του εφήβου μπορεί να γίνει πηγή συναισθημάτων άγχους και ανασφάλειας για τον ίδιο, αλλά και για τους γονείς του, οι οποίοι ανησυχούν και κρατούν συνήθως συντηρητική στάση γι' αυτά τα θέματα.

Γενικά οι σημερινοί έφηβοι ξεκινούν τις σεξουαλικές δραστηριότητες σε μικρότερες ηλικίες απ' ότι οι παλιότερες γενιές. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι οι πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες είναι πάντα επιτυχημένες. Συχνά αναφέρουν ντροπή, φόβο και απογοήτευση. Υπάρχουν έντονες ανησυχίες όσον αφορά την αντισύλληψη και την μετάδοση του AIDS.

Εκτός από την ετεροσεξουαλική σχέση που είναι η φυσιολογική εξέλιξη της ανάπτυξης της σεξουαλικότητας στην εφηβεία παρατηρούνται και συχνές ομοφυλοφιλικές δραστηριότητες. Οι έφηβοι ξεκινάνε με τον αυνανισμό, εξερευνούν το σώμα τους και για να βοηθηθούν σ' αυτό χρησιμοποιούν διάφορες προσωπικές φαντασιώσεις. Οι υποχόνδριοι φόβοι μπορεί να συνδέονται με τις πρώτες εκπευματώσεις ή την ενοχή και την ντροπή για τον αυνανισμό. Σε ομάδες συνομηλίκων συμβαίνουν συχνά αμοιβαίοι αυνανισμοί. Από κει ξεκινάει η ομοφυλοφιλική σχέση, ένα άλλο άτομο συμμετέχει στην ανακάλυψη εαυτού. Προσφέρει δε τη σιγουριά της σχέσης με άτομο του ίδιου φύλου. Το να διαλέξουν κάποιον που τους μοιάζει πάρα πολύ, κατευνάζει το άγχος που τους γεννάει η πρώτη επαφή με την σεξουαλικότητα. Οι συμπεριφορές αυτές συναντώνται κυρίως στην αρχή της εφηβείας. Είναι συχνότερες στα αγόρια και συνήθως είναι παροδικές ακολουθούμενες από ετεροσεξουαλικό προσανατολισμό.

4.6 Το σώμα

Η εικόνα σώματος αναφέρεται στο συμβολικό επίπεδο. Εξαρτάται από τις συναισθηματικές αλλά και επιθετικές επενδύσεις και έχει την αρχή της στη πρώιμη σχέση με την μητέρα.

Η κατασκευή της εικόνας σώματος είναι προοδευτική και προϋποθέτει την αναγνώριση ενός ορίου που έχει τη λειτουργία σταθεροποιητή και προστατευτικού περιτυλίγματος. Η έννοια του Εγώ – Δέρμα, έτσι όπως προτάθηκε από τον D Anzieu¹² αναφέρεται σ' αυτό το όριο που διαχωρίζει το μέσα από το έξω και αποτελεί το σύνορο του εαυτού με τον έξω κόσμο. Προστατεύει επίσης το σώμα που με κάθε θυσία πρέπει να διατηρηθεί άθικτο. Στην εφηβεία τα όρια αποκτούν ιδιαίτερη επικαι-

ρότητα και το σώμα βρίσκεται στο επίκεντρο των προβληματισμών του εφήβου. Οι συχνές αμφιβολίες που αφορούν την εικόνα σώματος εκφράζεται με δυσμορφοφοβίες και υποχονδριακό παραλήρημα. Η οριστική δόμηση της εικόνας του σώματος γίνεται στην εφηβεία.

Η μορφολογική αλλαγή λόγω της ήβης και η ξαφνική εισβολή της σεξουαλικής ωριμότητας βάζουν σε επερώτηση την εικόνα σώματος που το παιδί είχε κτίσει για τον εαυτό του.

Η νέα εικόνα δομείται κατά μεγάλο μέρος μέσα από το «βλέμμα του άλλου» που αποδεικνύεται καθοριστικό κατά την διάρκεια της εφηβείας.

Ο έφηβος ανακαλύπτει το σώμα του μέσα από τα βιώματα, τις συγκινήσεις, τα αισθητηριακά ερεθίσματα και κυρίως τις λιβιδινικές επενδύσεις των άλλων. Η εικόνα σώματος δεν είναι καθηλωμένη ούτε απομονωμένη. Το σώμα βρίσκεται στο επίκεντρο των συναισθηματικών ανταλλαγών με τους άλλους και η σημασία των κοινωνικών επιταγών παίρνει δραματικές διαστάσεις σ' αυτή την περίοδο της ζωής.

Στην εφηβεία οι φυσιολογικές αποκλίσεις των σωματικών χαρακτηριστικών (ύψος, βάρος, εμφάνιση δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου) είναι μεγάλες. Ταυτόχρονα οι οικογενειακές και κοινωνικές νόρμες είναι ιδιαίτερα πιεστικές. Αυτό κάνει τον έφηβο να αναρωτιέται συνέχεια αν είναι φυσιολογικός. Χρησιμοποιεί το σώμα του για να διαφοροποιηθεί από τους άλλους κυρίως στην πυραμίδα των γενεών και των ηλικιών και ταυτόχρονα για να αναζητήσει μια καθησυχαστική ομοιότητα με τους συνομηλίκους του (μόδα, τατουάζ, κόμμωση).

Χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η χρησιμοποίηση του σώματος σαν μέσου έκφρασης των δυσκολιών αλλά επίσης σαν αναζήτηση ενός τρόπου έμμεσης πίεσης στο περιβάλλον.

Οι διαταραχές με σωματική έκφραση στην εφηβεία ορίζονται σαν συμπεριφορές όπου οι φυσιολογικές ανάγκες του σώματος (ύπνος – τροφή, υγιεινή, ντύσιμο) χρησιμοποιούνται σαν μέσω αλληλεπίδρασης με τα εξωτερικά αντικείμενα είτε αυτά είναι πραγματικά (πρόσωπα του περιβάλλοντος) είτε φαντασιωσικά (γονεϊκές εικόνες).

Η ανάγκη κυριαρχίας πάνω στο σώμα και στις ανάγκες του οδηγεί στον «ασκητισμό» των εφήβων. Αισθήματα παντοδυναμίας, πίστη ότι μπορούν να ξεπεραστούν οι βιολογικές ανάγκες, μάχη ενάντια στις ενορμήσεις μαρτυρούν τη φαντασιωσική παντοδυναμία αυτών των εφήβων και αποτελούν το ψυχολογικό υπόβαθρο της κλινικής εικόνας της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η σωματική εμφάνιση μέσα από τους αιώνες εμφανίζεται σαν ένα κοινωνικό ιδεώδες της γυναικείας ομορφιάς. Σήμερα προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης η εικόνα του ισχνού σώματος, σαν πρότυπο μίμησης για τις νέες κοπέλες. Η λεπτή σιλουέτα έχει μία απόλυτη αξία που πλησιάζει σε μια ηθική τελειότητα και αποτελεί απόδειξη παντοδυναμίας. Το πάχος είναι μια ανυπόφορη ντροπή και

το Ιδεατό Εγώ προβάλλεται στο επίπεδο του σώματος. Παράλληλα παρατηρείται απέχθεια για τη σεξουαλικότητα και άρνηση των αλλαγών του σώματος, που φυσιολογικά επέρχονται στην εφηβεία.

Υπάρχει μια μεγάλη ναρκισσιστική επένδυση του σώματος. Αυτοί οι έφηβοι δεν μπορούν να έχουν μια ψυχική ταυτότητα διαφορετική από την σωματική ταυτότητα. Το σώμα γίνεται μέρος μιας αμυντικής μεγαλομανιακής ιδανικοποίησης είναι ιδεατό, άφθαρτο και αγνό. Πρόκειται για μια αφαίρεση που εκφράζει την ανάγκη ελέγχου και κυριαρχίας, την ανάγκη ταυτοποίησης με την παντοδύναμη μητρική εικόνα.

Οι ανορεξικές βρίσκονται όμως σε μια *παράδοξη θέση*, το ιδεατό σώμα είναι αντικείμενο επιθυμίας, ενώ το πραγματικό σώμα είναι αντικείμενο μίσους.

Σύμφωνα με την Kenstemberg¹³ για την ανορεξική η κατάσταση τής ένδειας είναι σημαντικότερη από την ικανοποίηση. Ο “οργασμός τής πείνας” περιγράφει την ευχαρίστηση που δεν αναζητείται στην άμεση ικανοποίηση αλλά συνδέεται με τον θρίαμβο που δίνει η μη ικανοποίηση των αναγκών.

Ο Ph. Jeammet¹⁴ συνοψίζει με τρόπο παραστατικό την προβληματική του σώματος στην εφηβεία «η προσφυγή στο σώμα είναι ο κατά προτίμηση τρόπος έκφρασης της εφηβείας». Το σώμα αποτελεί ένα σταθερό σημείο για μια προσωπικότητα που ψάχνεται και που έχει μια εικόνα εαυτού ακόμη ασταθή. Είναι ένα σημείο συνάντησης του μέσα και του έξω σημειώνοντας τα όρια.

4.7 Το πέρασμα στη πράξη

Στην εφηβεία το πέρασμα στην πράξη θεωρείται ο κατ' εξοχήν τρόπος έκφρασης των συγκρούσεων και του άγχους του ατόμου. Το πέρασμα στην πράξη αποτελεί μια αυθόρμητη συμπεριφορά γρήγορη που γίνεται χωρίς σκέψη. Έχει χαρακτήρα παρορμητικό και τις περισσότερες φορές παραπτωματικό βίαιο και επιθετικό. Παρουσιάζεται σαν επείγουσα ανάγκη να συντελεστεί μία πράξη και κατά συνέπεια γίνεται εκτός ελέγχου υπό την επήρεια συγκίνησης.

Ο Winnicott¹⁵ σημειώνει “το να μεγαλώνεις σημαίνει ότι παίρνεις τη θέση του γονέα και είναι αυτό που πραγματικά συμβαίνει. Το να μεγαλώνεις είναι από τη φύση του μια πράξη επιθετική”.

Το πέρασμα στην πράξη χαρακτηρίζει κάθε έφηβο και όχι μόνο εκείνους που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές. Παράγοντες περιβαλλοντικοί, οικογενειακοί και ατομικοί ενέχονται στην εκδήλωση αυτών των συμπεριφορών. Η εφηβεία είναι μία περίοδος αλλαγής και όπως κάθε αλλαγή είναι μία προτροπή στην πράξη. Η ελευθερία η αυτονομία, η ανεξαρτησία, είναι το περιεχόμενο της νέας κοινωνικής θέσης στην οποία βαθμιαία προσχωρεί ο έφηβος. Οι νεοαποκτηθείσες αυτές δυνατότητες ευνοούν το πέρασμα στην πράξη.

Στις οικογένειες όπου οι γονείς ασκούν έντονο έλεγχο και μεγάλη πίεση το πέ-

ρασμα στην πράξη αποτελεί για τον έφηβο το μοναδικό τρόπο επίλυσης της σύγκρουσης.

Χωρίς να παραγνωρίσουμε τις δομικές ατομικές διαφορές, εσωτερικοί παράγοντες που ενεργοποιούνται στην εφηβεία σπρώχνουν τον έφηβο να δράσει. Το άγχος εκδηλώνεται συχνά στην εφηβεία και έχει ανάγκη της πράξης για να διοχετευτεί. Ο φόβος της παθητικότητας που παραπέμπει στην παιδική υποταγή οδηγεί τον έφηβο να χρησιμοποιήσει την πράξη για να την αρνηθεί και να επιβεβαιώσει την ανεξαρτησία του. Οι σωματικές αλλαγές που συνεπάγονται αύξηση της ενέργειας και της μυϊκής δύναμης ευνοούν την πράξη.

Ταυτόχρονα παρατηρείται μια δυσκολία χρησιμοποίησης του λόγου. Στην εφηβεία ο λόγος δεν είναι κατάλληλος, δεν επαρκεί για να εκφράσει αυτά που νοιώθει ο έφηβος. Ένα καινούργιο λεξιλόγιο με νεολογισμούς και εκφράσεις ειδικές της εφηβείας δημιουργείται για να εκφράσει αυτό που αντιλαμβάνεται και αυτό που σκέφτεται ο έφηβος. Η αδυναμία επικοινωνίας με τον λόγο των ενηλίκων αποτελεί πηγή έντασης και περάσματα στην πράξη.

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας αναδεικνύονται σαν χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας¹⁶. Στην εφηβεία επίσης, συναντώνται με αυξημένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή ή την σωματική ακεραιότητα χωρίς να υπάρχει συνειδητή θέληση θανάτου.

Η λήψη φαρμάκων και η φλεβοτομία είναι οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι για τις απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ δεν υπάρχει πάντα άμεση σχέση του επιλεγμένου μέσου με την βαρύτητα της επιθυμίας του θανάτου. Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας στην εφηβεία, πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά. Αποτελεί την τελική και απελπισμένη χειρονομία του εφήβου να διατηρήσει ή να εγκαταστήσει τη σχέση με τους άλλους. Κρύβει φαντασιώσεις κυριαρχίας και αθανασίας ενός εφήβου, ο οποίος δεν έχει αποκτήσει αίσθημα ταυτότητας αρκετά ισχυρό και αδυνατεί να διασχίσει επιτυχώς τα στάδια της εφηβείας. Η ψυχοδυναμική ερμηνεία αναφέρεται στην αδυναμία των αμυντικών μηχανισμών και το μπλοκάρισμα της διεργασίας του πένθους. Ο αυτοκτονικός έφηβος διατηρεί τις επενδύσεις του στα χαμένα αντικείμενα ή στα αντικείμενα που τον απογοητεύουν.

5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο σκοπός των αρχικών συνεντεύξεων είναι να καταλήξουν σε μία θεραπευτική πρόταση. Εντούτοις οι συναντήσεις αυτές αποτελούν την αρχή της θεραπευτικής συμμαχίας και έχουν από μόνες τους μία θεραπευτική αξία. Μας επιτρέπουν επίσης να διατυπώσουμε κάποιες υποθέσεις που έχουν προγνωστική αξία, τόσο ως προς την εξέλιξη ως και προς τη θεραπευτική ανταπόκριση¹⁷.

Ο δεσμός ανάμεσα στις έκδηλες πράξεις και τα συναισθήματα και τις σκέψεις είναι πάντα σημαντικός να εγκατασταθεί. Ο έφηβος μέσα στην αντίδραση που βρίσκεται με το περιβάλλον του γονείς - δασκάλους - συνομηλίκους παραγνωρίζει συχνά το νοητικό περιεχόμενο που προηγείται της πράξης. Η πράξη μετριέται από τον ίδιο ή το περιβάλλον του μόνο με τις συνέπειες αφαιρώντας κατά κάποιο τρόπο το ψυχικό - νοητικό - συναισθηματικό περιεχόμενο που τη συνοδεύει. Η δουλειά του εξεταστή είναι να βοηθήσει τον έφηβο να κάνει αυτή τη σύνδεση. Σ' ένα δεύτερο χρόνο μπορεί να δείξει στον έφηβο ότι υπάρχει μια αλληλουχία που είναι δική του, δεν ανήκει σε κανέναν άλλο, δεν είναι "λάθος" κάποιου άλλου. Ο σκοπός είναι ο έφηβος να ιδιοποιηθεί τις πράξεις του και να εκτιμηθεί η ικανότητα του να εσωτερικεύσει σε αντίθεση με την τάση για εξωτερικεύση και προβολή.

Εκτός από κάποιες εξαιρέσεις ο έφηβος δεν αναγνωρίζει ότι οι δυσκολίες είναι προσωπικές, συχνά θεωρεί υπεύθυνους εξωγενείς παράγοντες: γονείς, δασκάλους, φίλους, κοινωνία. Δεν είναι σπάνιο ο εξεταστής να γίνεται ένας αντιπρόσωπος αυτών των εξωτερικών παραγόντων. Ορισμένες συμπεριφορές του εφήβου είναι χειρισμοί εκ μέρους του που επιζητούν να κάνουν τον εξεταστή να αντιδράσει και να εγγραφεί σε ένα ρόλο γονεϊκό ή κοινωνικό.

Αν ο έφηβος συνεχίσει να μην αναγνωρίζει τις ενδοψυχικές του συγκρούσεις και να τις προβάλλει στο περιβάλλον σημαίνει ότι έχει μικρές ικανότητες επεξεργασίας και λιγότερες πιθανότητες να επιλύσει αυτές τις συγκρούσεις.

Η εκτίμηση επίσης του παροδικού χαρακτήρα μιας διαταραχής ή αντίθετα η μονιμότητα της μέσα από την επανάληψη αποτελεί σημαντικό προγνωστικό στοιχείο. Η κατ' επανάληψη εκδήλωση μιας συμπεριφοράς όπως π.χ. λήψη ουσιών, φυγές, ψυχοπαθητικές πράξεις, αποδεικνύει ότι η συμπεριφορά αυτή δεν μπορεί απλά να αποδοθεί στην «κρίση της εφηβείας» αλλά αποτελεί έκφραση ατομικής ψυχοπαθολογίας.

Εκτός από τις πληροφορίες που λαμβάνονται από την ίδια την συνέντευξη το πως εξελίσσονται οι συναντήσεις δίνει μία εκτίμηση της ικανότητας αλλαγής του ατόμου αλλά και της οικογένειας ή αντίθετα υποδεικνύεται η ακαμψία και η επιδείνωση των παθολογικών μηχανισμών. Εκτιμούμε έτσι το αποτέλεσμα των παρατηρήσεων, των επεξηγήσεων, των ερμηνειών στο εδώ και τώρα. Η δυνατότητα αναδόμησης των οικογενειακών σχέσεων αποτελεί καλό προγνωστικό στοιχείο. Η ικανότητας των γονέων να κινητοποιηθούν και να αποδεχθούν τη θεραπευτική πρόταση για τον έφηβο αλλά και για τον εαυτό τους αποτελεί επίσης αντικείμενο εκτίμησης. Το γεγονός ότι οι γονείς μπορούν να πάρουν κάποια απόσταση και να σκεφτούν τη δική τους συμμετοχή στο πρόβλημα του εφήβου και στην εκδήλωση της σύγκρουσης, ότι μπορούν να ανατρέξουν στα δικά τους εφηβικά χρόνια ή ότι παρά τη σύγκρουση διατηρούν μια καλή επαφή με το παιδί τους, τούς καθιστά ικανούς να ανταποκριθούν θετικά στη θεραπευτική παρέμβαση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Marcelli D. Entretien avec l'adolescent et son évaluation. In: *Psychiatrie*. EMC Elsevier, Paris, 1999 [37-213-A-10].
2. Charman T, Hood J, Howlin P. Psychological assessment in the clinical context. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA (ed) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th edition. Wiley-Blackwell, London, 2015:436 -449.
3. Leckman JF, Taylor E. Clinical assessment and diagnostic formulation. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA (ed) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th ed. Wiley-Blackwell, 2015:407- 419.
4. Σολδάτος Κ. Ψυχιατρικό ιστορικό. Στο: Χριστοδούλου Γ και συν. *Ψυχιατρική* (τόμος 1). Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000:90-100.
5. Bostic J, King, R. Clinical assessment of children and adolescents. In: Martin A, Volkmar F (ed) *Lewis' Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive textbook*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2007:323-344.
6. Graham P., Rutter M.: Adolescent disorders in Rutter M., Hersov L (ed) *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, London, 1987:351-386.
7. Marcelli D, Braconier A. Le problème de la dépression in *Psychopathologie de l'Adolescent*. PUF, Paris, 1988:207-227.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:66-72.
9. Brusset B. Psychopathologie de l'adolescence. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M (ed) *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (vol II)*. PUF, Paris, 1985:801-821.
10. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, Miguel EC. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord* 2016, 190:508-516.
11. Buhlmann U, Wacker R, Dziobek I. Inferring other people's states of mind: comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders. *J Anxiety Disord* 2015, 34:107-13.
12. Anzieu D: *Le moi- peau*. Dunod, Paris, 1985.
13. Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S. *La faim et le corps*. PUF, Paris, 1975.
14. Jeammet Ph. Dynamique de l'adolescence. In: *Psychiatrie*. EMC Elsevier, Paris, 1994 [37-213-A-20].
15. Winnicott D. *Deprivation and delinquency*. Tavistock publications, London, 1984.
16. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:60-68.
17. Renard L, Pericone N. Accueil des adolescents. In: *Psychiatrie*. EMC Elsevier, Paris, 1999 [37-218-A-10].

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Η ψυχιατρική διαγνωστική εκτίμηση στην εφηβεία:
 - A. Είναι ίδια με εκείνη της ψυχιατρικής ενηλίκων
 - B. Είναι ίδια με εκείνη της παιδοψυχιατρικής
 - Γ. Παρουσιάζει ιδιαιτερότητες
 - Δ. Γίνεται παρουσία γονέων
 - E. Γίνεται σε μια επίσκεψη

2. Η διαγνωστική εκτίμηση μας επιτρέπει να καταγράψουμε τη ψυχιατρική σημειολογία στα ακόλουθα επίπεδα:
 - A. Συναίσθημα
 - B. Σκέψη
 - Γ. Γνωσιακές λειτουργίες
 - Δ. Αντίληψη
 - E. Όλα τα ανωτέρω

3. Η συμπτωματολογία της εφηβείας:
 - A. Δεν μπορεί να παρατηρηθεί και σε οιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής του ατόμου
 - B. Αποκτά νόημα και αξία αν ενταχθεί στην δυναμική των αλλαγών που επιφέρει η εφηβεία
 - Γ. Είναι σπάνια τα συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, διέγερση, παρορμητικότητα
 - Δ. Δεν παρατηρούνται δυσμορφοφοβίες, διαταραχή της σεξουαλικής συμπεριφοράς, διαταραχή διατροφής
 - E. Δεν είναι εύκολα αντιληπτή από τον εξεταστή

4. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία στην εφηβεία:
 - A. Περιλαμβάνει λύπη, διέγερση, θυμό, θλίψη, πεσιμισμό, αυτό-υποτίμηση
 - B. Δεν υπάρχουν εναλλαγές διάθεσης
 - Γ. Αισθήματα ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης
 - Δ. Ο έφηβος μιλάει αυθόρμητα για τα καταθλιπτικά του συναισθήματα
 - E. Το A και το Γ

5. Οι δυσμορφοφοβίες:
 1. Είναι ανησυχίες που αφορούν τη μορφολογία ενός τμήματος ή του συνόλου του σώματος

2. Μπορεί να κρύβουν μια παραληρητική διαταραχή
3. Εντάσσονται τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές
4. Υπάρχει μια δυσκολία αποδοχής της καινούργιας εικόνας σώματος
5. Όλα τα ανωτέρω

4. Οι ψυχώσεις κατά την εφηβική ηλικία

Νίκος Ζηλίκης

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι ψυχώσεις στην εφηβεία μπορεί να εκδηλώνονται μετά από μια αναπτυξιακή πορεία που θεωρείται φυσιολογική, τουλάχιστον από πλευράς έκδηλων φαινομένων, ή σε νέους στο ιστορικό των οποίων καταγράφονται ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις ποικίλης μορφής: οριακού τύπου παθολογίες, ψυχωτική δυσαρμονία, ακόμα και νευρωτικού τύπου εκδηλώσεις.
- Χρόνιες ψυχώσεις, κυρίως η *σχιζοφρένεια*, η διπολική διαταραχή και λιγότερο οι *παρληρηματικές διαταραχές*, έχουν σε σημαντικό ποσοστό την έναρξή τους σ' αυτήν την ηλικία.
- Ψυχωτικές καταστάσεις με συνύπαρξη σχιζοφρενικόμορφων και συναισθηματικών συμπτωμάτων και ψυχωτικές διαταραχές με παροδικό χαρακτήρα, συχνά με τη μορφή οξέος επεισοδίου, εμφανίζονται επίσης κατά την εφηβεία.
- Η σχιζοφρένεια φαίνεται να αφορά εξ ίσου τα δύο φύλα, με επιπολασμό σε γενικό πληθυσμό περί το 0,7-0,9%. Οι επιδημιολογικές μελέτες σε εφήβους είναι περιορισμένες και μια ενδεικτική εικόνα είναι εκείνη ενός ποσοστού 15% ασθενών με σχιζοφρένεια στο σύνολο των προσερχομένων σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.
- Όσον αφορά στο ρόλο των γενετικών παραγόντων, ενώ για τη μανιοκατάθλιψη η επιβάρυνση φαίνεται να λειτουργεί με σαφέστερο τρόπο, στην περίπτωση της σχιζοφρένειας καθίσταται πλέον εμφανής ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας του κινδύνου εμφάνισης νόσου.
- Η κλινική προσέγγιση των ψυχωτικών διαταραχών που εμφανίζονται σ' αυτήν την ηλικία δεν μπορεί να αγνοεί τις ιδιαιτερότητες αυτής της αναπτυξιακής/εξελικτικής φάσης. Οι διαφορές στην κλινική ψυχοπαθολογία –σε σχέση με παιδιά και ενηλίκους- είναι ως εκ τούτου ουσιαστικές και δεν μπορεί να θεωρούνται μόνο ως «ποσοτικού» χαρακτήρα.
- Η εκδήλωση ενός ψυχωτικού επεισοδίου στην εφηβεία γίνεται κατανοητή με όρους *ρήξης της αναπτυξιακής διαδικασίας* και θέτει με καίριο τρόπο το ερώτημα της πορείας και έκβασης στην ενήλικη ζωή.
- Η διαγνωστική προσέγγιση δεν αρκείται σε τυπικού χαρακτήρα διαδικασίες,

αλλά απαιτεί χρόνο και είναι σε άμεση συνάρτηση με το θεραπευτικό πλαίσιο. Προφανώς, δεν προσφέρονται οι διαγνωστικές κατηγορίες των γενικών ταξινομήσεων, αλλά χρειάζεται προσφυγή σε έννοιες που να αποδίδουν την ψυχοπαθολογία σε σχέση με την αναπτυξιακή-εξελικτική δυναμική.

- Το πλαίσιο της θεραπευτικής προσέγγισης αφορά τόσο στη σχέση με τον ίδιο τον έφηβο όσο και στην εργασία με την οικογένεια, αλλά και στο επίπεδο της οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών και της (παιδο)ψυχιατρικής ομάδας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ζήτημα των ψυχώσεων κατά την εφηβική ηλικία, όπως το συναντούμε στην κλινική πράξη, τίθεται με δύο τρόπους:

- α. με την έννοια της συνέχειας των ψυχωτικών διαταραχών με έναρξη στην παιδική ηλικία
- β. σε σχέση με την προβληματική της εκδήλωσης ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου σ' αυτήν την αναπτυξιακή φάση.

Παρά το ενδιαφέρον που παρουσιάζει για κάθε κλινικό και για τις υπηρεσίες Ψυχιατρικής Παιδιού-Εφήβου η πρώτη περίπτωση, δεν θα αναφερθούμε σ' αυτήν καθώς η επέκταση στο ζήτημα των ψυχώσεων της παιδικής ηλικίας αποτελεί ένα ξεχωριστό θέμα. Έτσι, στο κεφάλαιο αυτό, θα εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας στο ζήτημα της εμφάνισης ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου στην εφηβεία, για δύο βασικούς λόγους:

- πρώτον, γιατί, όπως είναι γνωστό, οι ψυχώσεις, όπως και άλλες μεγάλες νοσολογικές οντότητες, έτσι όπως τις γνωρίζουμε στην ψυχιατρική του ενηλίκου, έχουν την έναρξή τους στην εφηβική ηλικία
- δεύτερον, και σε σχέση με το πρώτο, επειδή παρουσιάζει ιδιαίτερο κλινικό και θεωρητικό ενδιαφέρον να εξετάσουμε τη σχέση των ψυχωτικών διεργασιών με αυτές της αναπτυξιακής διαδικασίας της εφηβείας.

Πριν εξετάσουμε τις σχέσεις εφηβείας – ψύχωσης, έχει σημασία να υπενθυμίσουμε δύο καίριες επισημάνσεις γύρω από το γενικότερο θέμα εφηβεία και ψυχοπαθολογία.

Η πρώτη επισήμανση άπτεται του γενικότερου ζητήματος που αφορά στη διάκριση φυσιολογικού – παθολογικού στην εφηβεία, συγκεκριμένα στο πώς βλέπουμε αυτήν την αναπτυξιακή φάση: εάν και κατά πόσο θα πρέπει απαραίτητα να θεωρείται ως μια ιδιαίτερα ταραγμένη περίοδος της ζωής, με την έννοια της *εφηβικής αναταραχής* (adolescent turmoil). Κατά την άποψη αυτή, η αναπτυξιακή διαδικασία της εφηβικής περιόδου χαρακτηρίζεται από έντονα φαινόμενα, τόσο σε ψυχικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο των προς τα έξω εκδηλώσεων, τα οποία μοιάζουν

με ή θυμίζουν συμπτώματα παθολογικών καταστάσεων (διαταραχών). Ως αντίλογος στην «εφηβική αναταραχή» έρχονται οι απόψεις συγγραφέων που θεωρούν ότι η αντίληψη αυτή, επηρεασμένη από την επαφή μέσα από την κλινική πράξη με τις ψυχοπαθολογικές εκδοχές της ήβης/εφηβείας, τονίζει σε υπερβολικό βαθμό τις διεργασίες αυτής της περιόδου, βλέποντας παντού «θυελλώδεις» ψυχικές κινήσεις και εκδηλώσεις που δεν αποτελούν κυρίως χαρακτηριστικά της φυσιολογικής-ομαλής αναπτυξιακής διαδικασίας.

Σχετικά με το θέμα αυτό, υπάρχουν έρευνες σε γενικό πληθυσμό εφήβων¹, τα αποτελέσματα των οποίων συνηγορούν υπέρ ενός μη «ταραγμένου» περάσματος μέσα από τις αναπτυξιακές διεργασίες προς την ενηλικίωση στη μεγάλη πλειοψηφία των νέων. Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι η τοποθέτηση περί μιας όχι απαραίτητα «ταραγμένης» εφηβείας, δεν μπορεί να σημαίνει αγνόηση των ενίοτε όντως έντονων ψυχικών φαινομένων και συγκρούσεων, πολύ περισσότερο δε υιοθέτηση μιας “ρομαντικής” άποψης για την εφηβεία που θα ήταν εντελώς ξένη με την ιδιότητα του κλινικού. Αυτό όμως απέχει πολύ από το να κάνουμε την εφηβεία ένα δράμα. Από την άλλη, με δεδομένο τον καθοριστικό ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων, αναγνωρίζεται η ανάγκη ενός συνεχούς επαναπροσδιορισμού της «ομαλής» εφηβείας σε σχέση με τις αλλαγές σε κοινωνικο-πολιτισμικό επίπεδο^{2,3}.

Η δεύτερη επισήμανση αποτελεί στην ουσία προέκταση των παραπάνω και αφορά ειδικότερα στο ζήτημα της σχέσης εφηβείας και ψύχωσης. Κατ’ ανάλογο τρόπο, πρόκειται για την εξέταση της άποψης που θέλει την εφηβεία ως ένα «φυσιολογικό ανάλογο της ψύχωσης», βλέποντας στην πορεία της αναπτυξιακής διαδικασίας «περάσματα» ή «στιγμές» ψυχωτικού τύπου. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες μελέτες, άλλες, επίσης σε γενικό πληθυσμό, κάνουν λόγο για υψηλή συχνότητα (έως και 50%) χαρακτηριστικών παρόμοιων με τις εκδηλώσεις και τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης ή ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου⁴. Όμως, όσο μπορεί να είναι γεγονός ότι στις φυσιολογικές διεργασίες της εφηβείας είναι δυνατόν να κινητοποιούνται «ψυχωτικόμορφου» μηχανισμοί, άλλο τόσο θα πρέπει να τονίσουμε ότι μεταξύ εφηβείας και ψύχωσης υπάρχει *θεμελιώδης αντινομία*. Η πρώτη (η εφηβεία) σημαίνει εξελικτική δυναμική, αλλαγή και προχώρημα ενώ αντίθετα η δεύτερη (ψύχωση) αδυναμία έως και αδιέξοδο στην διαπραγμάτευση και επεξεργασία όλων εκείνων που θα λέγαμε ότι αποτελούν τους αναπτυξιακούς στόχους της εφηβείας: απαρτίωση ενός νέου, έμφυλου σώματος, διαδικασία αποχωρισμού-ατομικοποίησης, πρόσβαση σε ένα σταθερό αίσθημα ταυτότητας.

Στην κλινική πράξη, η αγνόηση αυτής της ριζικής αντινομίας, όπως και η κάθε είδους σύγχυση μεταξύ εφηβείας και αρρώστιας, ενέχει ένα διπλό κίνδυνο: μπορεί να οδηγήσει στη θεώρηση «ψυχωτικών στιγμών» περισσότερο ως εκδηλώσεων αναπτυξιακού παρά ψυχοπαθολογικού χαρακτήρα (το γνωστό «είναι της εφηβείας...θα περάσει»), ενώ άλλες φορές βλέπουμε να συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή, καταχρηστική διάγνωση ψύχωσης εκεί που δεν υπάρχει.

Θεωρούμε ως την πλέον πρόσφορη οπτική για την προσέγγιση και κατανόηση του ζητήματος των ψυχώσεων που εμφανίζονται σ' αυτό το ηλικιακό φάσμα, εκείνη της θεώρησης της ύπαρξης στις αναπτυξιακές διεργασίες της εφηβείας ενός *ψυχωτικόγону δυναμικού* ή «εν δυνάμει ψυχωτικού»³. Η, κατά τη διατύπωση του A. Green⁵, βλέποντας τον «αποκαλυπτικό» ρόλο της εφηβείας στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας.

Εντούτοις, η έμφαση στις ενδοψυχικές διεργασίες δεν σημαίνει υιοθέτηση μιας στάσης παρόμοιας με εκείνη της ακραίας «βιολογικής» λεγόμενης ψυχιατρικής. Σ' όλη τη διάρκεια της αναπτυξιακής διαδικασίας, **ο ρόλος του περιβάλλοντος** είναι καθοριστικός, και αυτό δεν αναφέρεται μόνο στην οικογένεια, αλλά με μια ευρύτερη έννοια σε κάθε είδους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο ρόλος αυτός γίνεται κατανοητός μέσα από την έννοια της *δυναμικής αλληλεπίδρασης* (interaction). Ειδικότερα για την εφηβεία, το θέμα παίρνει ιδιαίτερη διάσταση και σημασία, καθώς αυτή έχει την εξαιρετική ιδιαιτερότητα να αποτελεί, περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο της ζωής, κατ' εξοχήν προϊόν κοινωνικο-πολιτισμικό. Ορίζεται δε ως η αναπτυξιακή περίοδος που οδηγεί στην πρόσβαση σε ένα σταθερό αίσθημα ταυτότητας και στην εγγραφή στον κόσμο των ενηλίκων, δηλαδή ως μια διαδικασία η έκβαση της οποίας δεν μπορεί παρά να έχει μια «επικύρωση» στο επίπεδο του κοινωνικού. Η ψύχωση, με τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν, σημαίνει αδυναμία της διαδικασίας της *υποκειμενοποίησης* (subjectivation – σύσταση του ατόμου ως αυτόνομου υποκειμένου⁶ ή αποτυχία στις διαδικασίες των *ταυτίσεων*⁷. Και οι δύο αυτές διατυπώσεις αφορούν κατ' εξοχήν στις σχέσεις με το περιβάλλον, τόσο στη δυναμική του «εδώ και τώρα» όσο και στην οπτική της εγγραφής σε μια ψυχική ιστορία (προβληματική της καταγωγής, διαφορά-διαδοχή των γενεών, θέματα κεντρικά που εμφανίζονται στη συμπτωματολογία των ψυχώσεων).

Έτσι, η έννοια του «δυνητικού» πρέπει να γίνεται κατανοητή με όρους «συγκυρίας» ή «συνδρομής» παραγόντων: αφ' ενός μεν ατομικών (κληρονομικών, ενδοψυχικών κ.λπ.) και αφ' ετέρου εξωτερικών (άμεσο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, σημαντικά γεγονότα, εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο κ.λπ.). Σ' αυτήν τη διαλεκτική σχέση ενδο- και εξωγενών παραγόντων δεν θα πρέπει να ξεχνούμε το ρόλο των θεραπευτικών παρεμβάσεων που μπορεί να έχουν καθοριστική σημασία για την πορεία των διαταραχών (ειδικότερα στις ηλικίες αυτές).

2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Οι ψυχώσεις στην εφηβεία μπορεί να εκδηλώνονται μετά από μια αναπτυξιακή πορεία που θεωρείται φυσιολογική, τουλάχιστον από πλευράς έκδηλων φαινομένων, ή σε νέους στο ιστορικό των οποίων καταγράφονται ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις ποικίλης μορφής: οριακού τύπου παθολογίες, ψυχωτική δυσαρμονία, ακό-

μα και νευρωτικού τύπου εκδηλώσεις. Είναι γνωστό, όπως ήδη αναφέρθηκε στην αρχή, ότι χρόνιες ψυχώσεις, κυρίως η *σχιζοφρένεια*, η διπολική διαταραχή και λιγότερο οι *παραληρηματικές διαταραχές*, έχουν σε σημαντικό ποσοστό την έναρξή τους σ' αυτήν την ηλικία. Ψυχωτικές καταστάσεις με συνύπαρξη σχιζοφρενικόμορφων και συναισθηματικών συμπτωμάτων (οι *σχιζο-συναισθηματικές ψυχώσεις*) αποτελούν αντικείμενο συζήτησης (βλ. παρακάτω). Τέλος, ιδιαίτερο κλινικό -και θεωρητικό- ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ψυχωτικές διαταραχές με παροδικό χαρακτήρα, συχνά με τη μορφή οξέος επεισοδίου.

Η σχιζοφρένεια φαίνεται να αφορά εξ ίσου τα δύο φύλα, με επιπολασμό σε γενικό πληθυσμό περί το 0,7-0,9%. Οι επιδημιολογικές μελέτες σε εφήβους είναι περιορισμένες και μια ενδεικτική εικόνα είναι εκείνη ενός ποσοστού 15% ασθενών με σχιζοφρένεια στο σύνολο των προσερχομένων σε ψυχιατρικές υπηρεσίες⁸. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις εκδηλώνονται σπανιότερα και θέτουν συχνά σοβαρά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

Όσον αφορά στο ρόλο των γενετικών παραγόντων, ενώ για τη μανιοκατάθλιψη η επιβάρυνση φαίνεται να λειτουργεί με σαφέστερο τρόπο, στην περίπτωση της σχιζοφρένειας καθίσταται πλέον εμφανής ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας του κινδύνου εμφάνισης νόσου. Γενικότερα, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο ρόλος οργανικής φύσης παραγόντων (όπως, περι-γεννητικών ή νευρο-αναπτυξιακών), δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει ειδική προβλεπτική αξία, καθώς τα ευρήματα διαφόρων μελετών αποκλίνουν. Επίσης, οι θεωρίες -μέσα από σχετικές μελέτες- περί του ρόλου των νευρο-διαβιβαστών (neurotransmitters), απέχουν ακόμα πολύ από του να προσφέρουν μια συνολική κατανόηση των υποκείμενων διεργασιών σε αυτό το επίπεδο. Η λεγόμενη *βιολογική ψυχιατρική*, στη σοβαρή εκδοχή της, είναι αναμφισβήτητα ένας υποσχόμενος επιστημονικός κλάδος, εν αντιθέσει προς κάποιες βιαστικές υιοθετήσεις απλουστευτικών αναγωγικών σχημάτων. Ειδικότερα στην περίπτωση των παιδιών και εφήβων, ελλοχεύει ο κίνδυνος μιας πολύ στενής αντίληψης της έννοιας του «αναπτυξιακού».

Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε στα δύο κυριότερα ρεύματα που αφορούν στην κλινική προσέγγιση των ψυχώσεων στην εφηβεία. Πρώτα, στην «κλασική» περιγραφική ψυχιατρική και στη συνέχεια στην ψυχοδυναμική-ψυχοπαθολογική, η οποία θεωρούμε ότι προσφέρεται για μια καλύτερη κατανόηση από τη σκοπιά του κλινικού.

2.1 Ψυχιατρική - περιγραφική προσέγγιση

Γενικά, κυρίαρχη θέση, η οποία τονίζεται όλο και περισσότερο στη σχετική βιβλιογραφία και επίσης έχει υιοθετηθεί και στις δύο επικρατούσες ταξινομήσεις (DSM, ICD), είναι ότι οι ψυχώσεις (με τη διάκριση του αυτισμού) αποτελούν ενιαία νοσολογική οντότητα για όλες τις ηλικίες: παιδική-εφηβεία-ενήλικη ζωή. Οι παρατηρούμενες διαφορές θεωρείται ότι δεν είναι ποιοτικού, αλλά μόνο ποσοτικού

χαρακτήρα⁹⁻¹¹. Οι όποιες αναφορές γίνονται σε επί μέρους διαφορές λόγω του «αναπτυξιακού» παράγοντα, αφορούν μόνο στα παρατηρούμενα συμπτώματα και συμπεριφορές που απλώς διαφοροποιούνται με την ηλικία. Ο τρόπος της κατανόησης είναι ότι η παθολογική διεργασία (illness process) επικάθεται στη διαδικασία της συναισθηματικής και γνωστικής ανάπτυξης ανώριμων εφήβων¹².

Κατά γενική παραδοχή, η ψύχωση-πρότυπο, η σχιζοφρένεια, είναι εκείνη που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη διαγνωστική σταθερότητα στο χρόνο και την δυσμενέστερη πρόγνωση, ιδιαίτερα όσο μικρότερη είναι η ηλικία εκδήλωσης. Με την υπόθεση της σωστής οριστικής διάγνωσης, η διατύπωση αυτή θα λέγαμε ότι συνιστά ταυτολογία, αφού αυτό ακριβώς είναι η σχιζοφρένεια: μια χρόνια ψύχωση. Η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνει με την ηλικία¹³ και στους μεγαλύτερους εφήβους η εικόνα της παίρνει τη μορφή με την οποία τη γνωρίζουμε στους ενήλικους.

Ωστόσο, ένα σταθερά αναφερόμενο πρόβλημα είναι ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό που μπορεί να ανέρχεται και στο 50% τίθεται λανθασμένα η διάγνωση της σχιζοφρένειας σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, λόγω της ομοιότητας των ψυχωτικών συμπτωμάτων στις δύο καταστάσεις^{9,14}. Όσο για τις συναισθηματικές ψυχώσεις, πολύ πιο σπάνιες στην εφηβεία από ότι οι σχιζοφρενικές, υπάρχουν πολύ λίγα και αντιφατικά δεδομένα τόσο για το πώς ξεκινούν όσο και για την έκβασή τους⁹, αν και γενικώς θεωρούνται καλύτερης πρόγνωσης¹².

Η άλλη νοσολογική οντότητα που εγείρει ουσιαστικά ερωτήματα είναι εκείνη της «σχιζο-συναισθηματικής διαταραχής». Κατά τους Werry et al⁹, αποτελεί την περιοχή εκείνη όπου ο διαχωρισμός μεταξύ σχιζοφρένειας και συναισθηματικών ψυχώσεων είναι αδύνατος. Οι Benabarre et al¹⁵ θεωρούν ανοιχτή τη συζήτηση γι' αυτή τη διαγνωστική κατηγορία όσον αφορά στους εφήβους, τονίζοντας ότι στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται μακρόχρονη παρακολούθηση πριν την τελική διάγνωση. Οι ίδιοι συγγραφείς σημειώνουν ότι οι ασθενείς στους οποίους τίθεται η διάγνωση αυτή, από μεν πλευράς συμπτωμάτων είναι πλησιέστερα προς εκείνους με σχιζοφρένεια, ενώ όσον αφορά στην πορεία της νόσου βρίσκονται πιο κοντά στη διπολική διαταραχή. Αντίθετα, οι Lay et al¹⁶ θεωρούν ότι η έκβαση της σχιζο-συναισθηματικής διαταραχής είναι παρόμοια με εκείνη της σχιζοφρένειας, άρα χειρότερη από ότι στις συναισθηματικές ψυχώσεις.

Η συζήτηση για τις δύο παραπάνω νοσολογικές οντότητες φέρνει στο προσκήνιο το γενικότερο θέμα σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία, όπως τονίζουν και σε πρόσφατη εργασία τους οι Muller et al¹⁷, παρατηρείται σε όλο το φάσμα των ψυχωτικών διαταραχών και η εκτίμησή της θέσης της στην όλη κλινική εικόνα έχει καθοριστική σημασία τόσο από διαγνωστικής όσο και από θεραπευτικής πλευράς. Στο ζήτημα αυτό είχαμε την ευκαιρία να αναφερθούμε και εμείς μέσα από κλινικό υλικό στην Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου της Κλινικής μας¹⁸.

Τέλος, παρά την σταθερή αναφορά στις *άτυπες και παροδικές ψυχώσεις* της

εφηβείας, οι σχετικές μελέτες παραμένουν πολύ περιορισμένες σε αριθμό. Ενδεικτικά, αναφέρουμε δύο από αυτές: Οι Nicolson et al¹⁹ μέσα από μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών 26 ασθενών με άτυπες ψυχωτικές διαταραχές και της έκβασης ύστερα από παρακολούθηση (follow-up) 2-8 ετών, υποστηρίζουν τη σημασία της διάκρισης αυτών των καταστάσεων από τη σχιζοφρένεια, τόσο όσον αφορά στη θεραπεία όσο και στην πρόγνωση. Οι Valevski et al²⁰ βασιζόμενοι σε μια εκτεταμένη αναδρομική μελέτη 351 εφήβων που καλύπτει χρονικό διάστημα (follow-back) 20 ετών, υποστηρίζουν τη χρησιμότητα της διάγνωσης «παροδική εφηβική ψύχωση» (transient adolescent psychosis – TAP). Κατά τους συγγραφείς αυτούς, η «παροδική εφηβική ψύχωση» φαίνεται να αποτελεί μια έγκυρη διαγνωστική οντότητα, διακριτή από τη σχιζοφρένεια, σε σχέση με την οποία η πρόγνωση ως προς την έκβαση είναι σαφώς καλύτερη.

Θα λέγαμε ότι ο καταφατικός τρόπος ή η βεβαιότητα που χαρακτηρίζουν τη γενική τοποθέτηση περί του ενιαίου των ψυχώσεων σε όλο το ηλικιακό φάσμα (παιδιά – έφηβοι – ενήλικοι), δεν συμβαδίζουν με τις δυσκολίες και τα προβλήματα που οι ίδιοι συγγραφείς επισημαίνουν, όπως μπορούμε να δούμε στις δύο σύντομες αλλά ενδιαφέρουσες ανασκοπήσεις των McClellan & Werry¹⁰ και Volkmar²¹. Κατ' αρχάς, αναγνωρίζεται ο περιορισμένος αριθμός δεδομένων από μελέτες, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν το μειονέκτημα ότι είναι αναδρομικές. Επί πλέον, αφορούν σχεδόν πάντα πληθυσμούς εσωτερικών ασθενών και δεν έχουν πάντα επαρκή διάρκεια παρακολούθησης. Από την άλλη, αναγνωρίζονται οι διαγνωστικές δυσκολίες που οφείλονται στην παρουσία ψυχωτικού τύπου συμπτωμάτων σε πολλές μη ψυχωτικές κατηγορίες διαταραχών της εφηβείας, όπως και οι αντίστοιχες διαφοροδιαγνωστικές μεταξύ των διαφόρων ψυχωτικών συνδρόμων.

Τέλος, οι εξαιρετικού ενδιαφέροντος για την εφηβεία άτυπες και παροδικές ψυχώσεις δεν έχουν τύχει της προσοχής που επιβάλλεται ως προς την σχέση τους με τις διεργασίες αυτής της περιόδου. Εδώ θα πρέπει να σταθούμε και στον πολύ συχνά –άστοχα αν όχι καταχρηστικά– χρησιμοποιούμενο όρο «άτυπη διαταραχή» και γενικότερα την έννοια της «ατυπίας», για διάφορες κλινικές εικόνες στην εφηβεία, μεταξύ αυτών και τις ψυχωτικόμορφες. Φυσικά, ο χαρακτηρισμός αυτός παραπέμπει συγκριτικά σε μια «τυπικότητα» που δεν είναι άλλη από εκείνη των κλινικών εικόνων που περιγράφονται στους ενήλικους. Όπως έλεγε ο P. Blos²², η «ατυπία» αυτή, που χαρακτηρίζει και τη φυσιολογική εφηβεία, οφείλεται στην επανενεργοποίηση τρόπων ψυχικής λειτουργίας της παιδικής ηλικίας στον αγώνα του εφήβου για διατήρηση/επανάκτηση της ισορροπίας που διαταράχθηκε με την έλευση της ήβης. Εξ ου και η θεώρηση της εφηβείας από τον συγγραφέα αυτό ως *δεύτερης έκδοσης* – *ανάγνωσης* της παιδικής ηλικίας («second edition of childhood»). Όπου, βέβαια, προστίθενται στη συνέχεια και οι ψυχικές κινήσεις-αλλαγές που είναι χαρακτηριστικές των επί μέρους φάσεων της ίδιας της εφηβείας. Με άλλα λόγια, η «ατυπία» είναι τυπικότατο χαρακτηριστικό της εφηβείας.

2.2 Ψυχοπαθολογική – Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Το πρόβλημα με την περιγραφική ψυχιατρική προσέγγιση, η οποία κινείται βάσει σταθερών κριτηρίων που στηρίζονται σε συμπτώματα και συμπεριφορές όπως είναι γνωστά από την ψυχιατρική του ενηλίκου, είναι ότι δεν επαρκεί ώστε να επιχειρήσει μια διεισδυτική μελέτη και κατανόηση της κλινικής της εφηβείας. Έτσι, το ερώτημα που δεν απαντάται επί της ουσίας είναι εκείνο της βαθύτερης σχέσης των ψυχωτικών διαταραχών που εμφανίζονται στην εφηβεία με τις αναπτυξιακές διεργασίες αυτής της περιόδου. Κατ' επέκταση, δεν δημιουργεί και προϋποθέσεις για μια διαφοροποιημένη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το ζήτημα των ψυχώσεων στην εφηβεία θέτει βασικά ερωτήματα στον κλινικό ψυχίατρο σχετικά με τη διάγνωση, την εξέλιξη των διαταραχών και την πρόγνωση, αλλά και το ουσιαστικότερο, καθότι καθοριστικό για τα προηγούμενα, σχετικά με την ψυχοπαθολογία.

Το ζήτημα της διάγνωσης στην εφηβεία αποτελεί μια έννοια σχετική, λόγω της ρευστότητας και του ευμετάβλητου των ψυχοπαθολογικών φαινομένων. Επί πλέον, δεν γίνεται να βασίζεται κανείς μόνο σε συμπτώματα και συμπεριφορές, γιατί, όπως ήδη τονίστηκε, πολλά απ' αυτά έχουν ένα δια-νοσογραφικό χαρακτήρα. Στο πολύ ενδιαφέρον άρθρο τους οι Corcos & Jeammet³, μέσα και από μια ανασκόπηση πολλών εργασιών, θυμίζουν ότι ειδικότερα ψυχωτικά ή ψυχωτικόμορφα συμπτώματα μπορεί να παρατηρούνται σε μια σειρά καταστάσεων, όπως συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές της συμπεριφοράς και βέβαια σε μεταιχμιακούς (borderline) εφήβους ή στις, κατά τη Γαλλική ορολογία, λεγόμενες οριακού τύπου παθολογίες (états limites). Έτσι, η παρουσία ψυχωτικών μηχανισμών και/ή συμπτωμάτων στην εφηβεία δεν συνιστά απαραίτητα ψύχωση, πολύ δε περισσότερο σχιζοφρένεια. Από την πλευρά τους οι Laufer & Laufer²³, τονίζουν ότι δεν πρέπει να βλέπουμε τα ψυχωτικού τύπου συμπτώματα και εκδηλώσεις στους εφήβους με τον ίδιο τρόπο που τα βλέπουμε στους ενηλίκους, όσο και αν αυτά μοιάζουν στην κλινική έκφρασή τους. Κατά συνέπεια, δεν θέτουμε διαγνώσεις εγκατεστημένης ή μη αναστρέψιμης (μόνιμης) ψύχωσης σ' αυτές τις ηλικίες. Οι συγγραφείς αυτοί προτιμούν να μιλούν για *σοβαρά διαταραγμένους εφήβους* (severely disturbed adolescents), ενώ άλλοι όπως ο D. Rabain²⁴ προτιμούν τον όρο «décompensation», με την έννοια της ανατροπής μιας υπάρχουσας ισορροπίας στις ψυχικές λειτουργίες. Στο σύνολό τους οι συγγραφείς αυτού του χώρου, όσον αφορά στη διαγνωστική διαδικασία, επιμένουν στη σημασία της εκτίμησης των ψυχικών λειτουργιών και της ψυχικής οργάνωσης/δομής. Και βέβαια, υπάρχει και η όψη του ζητήματος που αφορά στη σημασία της διάγνωσης μιας ψύχωσης τόσο για τον έφηβο και την οικογένειά του όσο και για εμάς τους ίδιους, κυρίως για το πώς καθορίζει την όλη θεραπευτική στάση μας.

Στην καρδιά του όλου ζητήματος βρίσκεται η *προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας* και η ψυχοπαθολογική προσέγγιση αναδεικνύει τις εντελώς ιδιαίτερες σχέσεις

των ψυχωτικών διεργασιών με τα δεδομένα αυτής της ηλικίας. Όπως συνοψίζουν οι Marcelli & Braconnier²⁵, η προβληματική αυτή αφορά σε τρεις βασικές διαστάσεις:

- α. στην πρώτη, στο επίκεντρο βρίσκεται το *σώμα*
- β. η δεύτερη αφορά στην *ταυτότητα και στις ταυτίσεις*
- γ. η τρίτη, στην *ισορροπία μεταξύ ναρκισσιστικών και αντικειμενοτρόπων επενδύσεων*.

Γύρω από αυτούς τους άξονες κινούνται οι αναλύσεις και οι θεωρητικές επεξεργασίες των περισσότερων συγγραφέων, ασχέτως εάν ο καθένας δίνει έμφαση ή έχει συμβάλει περισσότερο σε κάποιες ιδιαίτερες πτυχές. Δεν είναι βέβαια δυνατόν εδώ να παρατεθούν αναλυτικά οι διαφορές απόψεις, ωστόσο μια επιγραμματική αναφορά στη συμβολή ορισμένων συγγραφέων είναι απαραίτητη.

Ο P. Blos²² από νωρίς είχε επισημάνει τη σημασία των πρώιμων σχέσεων και της ατελούς διαφοροποίησης του εγώ από την εξωτερική πραγματικότητα, καθώς και της διαταραχής της εικόνας του σώματος στην εφηβεία, στο ρόλο τους για μια *κατάρρευση*. Έχει ενδιαφέρον ότι είχε από τότε χρησιμοποιήσει αυτόν τον όρο («breakdown») τον οποίο αργότερα καθιέρωσαν οι Laufer & Laufer²³. Ιδιαίτερα σημαντική η συνεισφορά της E. Kestemberg^{7,26}, ειδικότερα σε σχέση με την προβληματική της ταυτότητας και των ταυτίσεων, θέμα το οποίο εξετάζει από τη δική της σκοπιά και η P. Aulagnier²⁷ μιλώντας για «ταυτισιακές καταστροφές». Η ναρκισσιστική *απαρτίωση*²⁸ και η πορεία προς τη σύσταση του υποκειμένου^{6,29} συνιστούν την γενική προοπτική, μέσα από την οποία μπορούμε να δούμε επί μέρους ή συνολικά αδιέξοδα, να διακρίνουμε τις ψυχωτικές κινήσεις από εκδηλώσεις που μαρτυρούν έναν αγώνα του εφήβου ενάντια στην ψυχωτική κατάρρευση ή απέναντι σε μια «καταθλιπτική απειλή» (*menace dépressive*)³⁰, στοιχεία καθοριστικά και για τη θεραπεία. Παραλείποντας σίγουρα πολλούς, θα αναφέρουμε ακόμα την ιδιαίτερη θέση των απόψεων των Laufer & Laufer²³, οι οποίοι στο επίκεντρο της θεωρίας τους θέτουν την *απαρτίωση* της εικόνας του σεξουαλικά ώριμου σώματος στην αναπαράσταση του εαυτού. Η εγκατάσταση μιας διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος (*distorted body image*) δρα ως ψυχωτικός πυρήνας στην προσωπικότητα, με αποτέλεσμα την ευαλωτότητα όσον αφορά στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται σωστά ορισμένες πτυχές της εξωτερικής πραγματικότητας³¹. Στο ίδιο ρεύμα σκέψης κινούνται και οι εξαιρετικά ενδιαφέρουσες σύγχρονες θεωρητικές αναπτύξεις του Ph. Gutton^{32,33} για τις ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τις διεργασίες της ήβης και της καθυστερημένης εφηβείας. Ο «αποκαλυπτικός» ρόλος της εφηβείας⁵ για τις ανεπάρκειες μιας τέτοιας οργάνωσης προκύπτει από την ίδια τη φύση των διεργασιών αυτής της περιόδου και των διακυβεύσεών της, όπου ο δυνάμει τραυματικός χαρακτήρας τους και η έννοια του *μεθύστερου* (*après-coup*) έχουν ιδιαίτερη σημασία. Η δοκιμασία και επαναδιαπραγματέυση των (προβληματικών) κεκτημένων της παιδικής ηλικίας, η ανάγκη για γένεση του νέου (μέσα από

ανατροπές που αφορούν στις βασικές παραμέτρους της σεξουαλικότητας, του ναρκισσισμού, της βίας και του θανάτου) και ο ρόλος της εξωτερικής πραγματικότητας, καθιστούν την εφηβεία μια *δυνάμει ψυχωτικόγόνο συγκυρία*³⁴. Μέσα από αυτήν την οπτική γίνεται κατανοητή και η έννοια του *ψυχωτικόγόνου δυναμικού της εφηβείας*.

Σε επίπεδο κλινικής έκφρασης, όπως είναι επόμενο, η ψυχοπαθολογική θεώρηση κινείται έξω από τα κλασσικά δεδομένα της περιγραφικής ψυχιατρικής. Οι Corcos & Jeammet³ θεωρούν ότι είναι προτιμότερο να μιλάμε με όρους ψυχικών λειτουργιών, χωρίς να προδικάζουμε αιτιότητες. Κατά τους συγγραφείς αυτούς, η ύπαρξη του *ψυχωτικόγόνου δυναμικού* δημιουργεί συνθήκες ευαλωτότητας προς την ανάπτυξη δύο άλλων τρόπων λειτουργίας:

- A. *Ψυχωτικόγόνο λειτουργία*: πρόκειται για τρόπο λειτουργίας «αρχαϊκού» τύπου που καθιστά εύθραυστο το Εγώ και τα όριά του, ευνοώντας τη μη διαφοροποίηση με το αντικείμενο. Εδώ συμπεριλαμβάνονται: εξαρτήσεις από ουσίες, ορισμένες τραυματικές καταστάσεις, ψυχογενής ανορεξία, κοινωνική απομόνωση, όπως και δυαδικές σχέσεις συμβιωτικής “κατοχής” μεταξύ μητέρας-εφήβου. Εν ολίγοις, πρόκειται για μια *παθολογία των ορίων*.
- B. *Καθαυτή ψυχωτική λειτουργία*: Πρόκειται για σχετικά σταθερές (με την έννοια της μη αλλαγής) ψυχωτικές οργανώσεις.

Στην δική τους προσέγγιση, οι Laufer & Laufer²³, προτείνουν την ακόλουθη διάκριση:

- A. *ψυχωτικό επεισόδιο* (psychotic episode) για περιπτώσεις όπου υπάρχει παροδική ρήξη με την πραγματικότητα. Είναι ενδιαφέρον ότι στην κατηγορία αυτή εντάσσουν και τις απόπειρες αυτοκτονίας.
- B. *ψυχωτική λειτουργία* (psychotic functioning): εδώ υπάρχει μια προβλητικού τύπου στρέβλωση της πραγματικότητας και το μίσος στρέφεται εναντίον του έμφυλου σώματος. Στην κατηγορία αυτή θεωρούν ότι εντάσσονται η ανορεξία/βουλιμία, οι εξαρτήσεις (addictions) και σοβαρές μορφές κατάθλιψης.
- Γ. *προϊούσα ψυχωτική διαδικασία* (ongoing psychotic process): η χρησιμοποίηση αυτού του όρου περιορίζεται για συγκεκριμένες περιπτώσεις, οι οποίες, κατά τους συγγραφείς αυτούς χαρακτηρίζονται από: α. απώλεια της ικανότητας για αμφιβολία β. αντικατάσταση της πραγματικότητας από μια νέο – πραγματικότητα και γ. τη ρήξη με την πραγματικότητα, με καταστροφή του διωκτικού σώματος και των εσωτερικευμένων γονεϊκών μορφών.

Αυτός ο τρόπος θεώρησης της κλινικής ψυχοπαθολογίας, με όλο το ενδιαφέρον που παρουσιάζει, αναδεικνύει εν τούτοις και τα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν από τη χρησιμοποίηση των όρων «ψύχωση» και «ψυχωτικό». Είναι σαφές ότι η ανάγνωση και κατανόησή τους πρέπει να γίνονται πάντα σε αναφορά στο εκάστοτε θεωρητικό πλαίσιο, προς αποφυγή άσκοπων παρεξηγήσεων ή ακόμα και αδυναμίας επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών (όπως π.χ. γύρω από τη σχέση ψύχωσης

και απόπειρας αυτοκτονίας, διαταραχών διατροφής ή των παθολογιών εξάρτησης).

Κατά τα άλλα, όπως και στην περιγραφική ψυχιατρική, και εδώ συγγραφείς θέτουν υπό αμφισβήτηση, εννοείται για την περίοδο της εφηβείας, την οντότητα της σχιζο-συναισθηματικής ψύχωσης. Οι Corcos & Jeammet³ θεωρούν πολύ συζητήσιμη την «παραγωγή» μιας νέας κλινικής οντότητας μέσω της άθροισης συμπτωμάτων δύο άλλων νόσων (της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής). Για να τονίσουν ότι αυτό αναδεικνύει την ανεπάρκεια μιας ψυχιατρικής νοσογραφίας που βασίζεται σε διαγνωστικά κριτήρια τύπου DSM να προσδιορίσει σαφώς τα όρια μεταξύ σχιζοφρένειας, συναισθηματικών διαταραχών και μεταιχμιακών καταστάσεων.

3. ΣΥΝΕΧΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΣΥΝΕΧΕΙΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το ζήτημα του συνεχούς ή μη της ψυχοπαθολογίας σ' ολόκληρο το ηλικιακό φάσμα της ζωής του ανθρώπου, αλλά και το πώς της όποιας συνέχειας, έχει αποτελέσει αντικείμενο μείζονος ενδιαφέροντος, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, από τις απαρχές ήδη της ιστορίας της ψυχιατρικής. Όπως είναι φυσικό, η εφηβεία βρέθηκε από νωρίς στο επίκεντρο αυτού του προβληματισμού, εκ του «αποκαλυπτικού» ρόλου της στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα των ψυχώσεων που μας απασχολούν εδώ⁵.

3.1 Συνέχεια με την παιδική ηλικία και πρόδρομη περίοδος

Το ζήτημα της «με τα πίσω» συνέχειας αφορά στο σύνολο της λεγόμενης «προνοσηρής» περιόδου, από την γέννηση μέχρι τη στιγμή της εκδήλωσης μιας ψυχωτικής παθολογίας. Στις διάφορες μελέτες για το θέμα αυτό, το ενδιαφέρον καλύπτει το διάστημα της κύησης και την περιγεννητική περίοδο, κληρονομικούς παράγοντες, νευροανατομικά δεδομένα, καθώς και κάθε είδους δυσλειτουργίες στην αναπτυξιακή πορεία του παιδιού. Ωστόσο, αν και όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν εντοπιστεί σε άλλοτε άλλη συχνότητα, κανένας τους δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει ειδική προβλεπτική αξία για την μετέπειτα εμφάνιση ψύχωσης^{3,10}. Είναι γνωστό ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό τα παιδιά/έφηβοι εμφανίζονται –ή τουλάχιστον δείχνουν- φυσιολογικά μέχρι την εκδήλωση της νόσου, όπως και, αντίστροφα, τα παιδιά που εμφανίζουν τις προαναφερθείσες δυσλειτουργίες δεν θα εμφανίσουν απαραίτητα ψύχωση. Έτσι, με τα έως τώρα δεδομένα, αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να προσπαθούμε να κατανοήσουμε το πώς προκύπτει για ένα άτομο –στο δεδομένο συνεχές της προσωπικής του πορείας- μια ευαλωτότητα, σαφώς πολυ-παραγοντική, που θα δώσει το *ψυχωτικόγόνο δυναμικό* που προαναφέραμε.

Πιο συγκεκριμένη, εκ των πραγμάτων, είναι η μελέτη της λεγόμενης *πρόδρομης φάσης*, δηλαδή των συμπτωμάτων και εκδηλώσεων της περιόδου που προηγείται της εκδήλωσης ενός ψυχωτικού επεισοδίου. Το ενδιαφέρον για τη περίοδο αυτή

σχετίζεται με άμεσο τρόπο με την όσο πιο έγκαιρη διάγνωση και πρόωπη προληπτική-θεραπευτική παρέμβαση. Έτσι, σε μια σειρά μελετών εξετάστηκαν οι κλινικοί χαρακτήρες και η πιθανή προγνωστική αξία των πρόδρομων συμπτωμάτων (με την έννοια ενός πρόδρομου συνδρόμου). Στην πορεία, ωστόσο, η διαπίστωση και εδώ είναι ότι τα «σημεία» αυτά απλώς αναγνωρίζονται εκ των υστέρων και δεν έχουν έναν ειδικό χαρακτήρα, περιλαμβάνοντας μια σειρά ανομοιογενών εκδηλώσεων και συμπτωμάτων, όπως ήπιων ψυχωτικών, νευρωτικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών^{35,36}. Έτσι, μεταξύ άλλων, αποφασίστηκε και η απόλειψή τους από τις ταξινομήσεις ως κριτηρίων προβλεπτικής αξίας³⁷. Τελικά, από τα χαρακτηριστικά της πρόδρομης περιόδου, την καλύτερη προγνωστική αξία θεωρείται ότι έχει το συνολικό επίπεδο λειτουργικότητας³⁸. Επί πλέον, η λογική της «αναγνώρισης» κλινικών σημείων με «προβλεπτική» για μια ψυχωτική αποδιοργάνωση αξία, θέτει μείζονα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα ως προς την σκοπιμότητα μιας προληπτικής παρέμβασης, ιδιαίτερα όταν αυτή κινείται σε μια «αντι-ψυχωτική» λογική, ιδιαίτερα όσον αφορά στην προληπτική χορήγηση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής.

Από μια διαφορετική σκοπιά, έχει επισημανθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις, της προσέλευσης σε μια ψυχιατρική υπηρεσία για πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, έχει προηγηθεί μια άλλοτε άλλης διάρκειας περίοδος με λιγότερο ή περισσότερο έκδηλα συμπτώματα ή δυσλειτουργία του εφήβου. Αυτή η «περίοδος ενεργού ψύχωσης εκτός θεραπείας» (Duration of Untreated Psychosis, DUP) αναφέρεται ότι μπορεί να καλύπτει από αρκετές εβδομάδες έως πολλούς μήνες, μέχρι και 1-2 έτη³⁹. Όλοι οι συγγραφείς συμφωνούν ότι, όπως είναι φυσικό, όσο μεγαλύτερη είναι η περίοδος αυτή τόσο φτωχότερη είναι η ανταπόκριση στη θεραπεία.

Είναι ενδιαφέρον ότι και στις δύο περιπτώσεις, τόσο όσον αφορά σε ένα απώτερο παρελθόν όσο και στην περίοδο που προηγείται της ψύχωσης, συναντούμε την ίδια δυσκολία. Αυτό μας φέρνει πάλι στο καίριο ζήτημα του «αποκαλυπτικού» ρόλου της εφηβείας όσον αφορά στην εκδήλωση παθολογιών, αλλά και, αντίθετα, στον δύναμει δημιουργικό της ρόλο, με την έννοια της δυνατότητας επανόρθωσης προβληματικών οργανώσεων ή υπέρβασης με θετικό τρόπο μιας προβληματικής κληρονομιάς της παιδικής ηλικίας. Όπως επίσης και στην καθοριστική λειτουργία των εξωτερικών παραγόντων, οι οποίοι δεν επιδέχονται προβλέψεις.

3.2 Πορεία και έκβαση στην ενήλικη ζωή

Πρόκειται για το μείζον ερώτημα που τίθεται στον κλινικό μπροστά στην εκδήλωση ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου στην εφηβεία. Αυτό που μπορεί να αποβεί τραγικό, εννοείται για τον έφηβο, είναι να σκεφτόμαστε αυτό το ερώτημα μόνο με βάση τα δεδομένα για την πορεία των οργανωμένων ψυχώσεων, όπως τα γνωρίζουμε από την ψυχιατρική του ενηλίκου –έστω και «προσαρμοσμένα» στην εφηβεία. Η απάντηση δεν μπορεί να είναι προϊόν μιας συχνά υπό πίεση διάγνωσης, αλλά

θα αναδυθεί μέσα από τη θεραπευτική συνοδεία του εφήβου σε όσο βάθος χρόνου χρειαστεί. Είναι φορές που η απάντηση αυτή θα έρθει σχετικά γρήγορα, όπως στην περίπτωση ενός παροδικού επεισοδίου. Άλλοτε όμως δεν θα τη βρούμε παρά μόνο κατά το πέρασμα του εφήβου στην ενηλικίωση. Ακόμα και στις περιπτώσεις όπου είναι σαφής η είσοδος σε μια χρόνια ψυχωτική κατάσταση, και εκεί η πορεία δεν είναι καθολικά προκαθορισμένη, αλλά από τη θεραπευτική αντιμετώπιση θα φανεί κατά πόσο θα γίνει δυνατόν να μειωθούν οι καταστροφικές επιπτώσεις της ψύχωσης στη λειτουργικότητα του ατόμου. Το δυναμικό και η ζωντάνια της ίδιας της εφηβείας, οι ιστορίες των ασθενών μας, δηλαδή, δείχνουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Όπως ήδη τονίσαμε, το θέμα της έκβασης των διαταραχών της εφηβείας στην ενήλικη ζωή μας φέρνει και στη συζήτηση της όλο και περισσότερο προτεινόμενης κοινής θεώρησης της περιόδου «εφηβεία – μετεφηβική περίοδος». Η εξασφάλιση της συνέχειας του κλινικού προβληματισμού και της φροντίδας στο πέρασμα ενός νέου στην ενηλικίωση είναι καθοριστικής σημασίας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παθολογίες ψυχωτικού τύπου. Στο επίπεδο των υπηρεσιών, αυτό γίνεται είτε με τη δημιουργία κοινών δομών για «μεγάλους εφήβους» και νέους ενήλικους ασθενείς (15-25 ετών) είτε μέσω μιας καλύτερης συνάρθρωσης μεταξύ υπηρεσιών για εφήβους με εκείνες των ενηλίκων. Επί πλέον, κάτι τέτοιο δημιουργεί τις καλύτερες προϋποθέσεις για προοπτικά σχεδιασμένες μελέτες σχετικά με τη συνέχεια των ψυχωτικών διαταραχών.

4. ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε με πιο συγκεκριμένο τρόπο στις ψυχωτικές διαταραχές που παρατηρούνται στην εφηβεία, ακολουθώντας τη Γαλλική ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών Παιδιού και Εφήβου⁴⁰.

4.1 Σχιζοφρενικές διαταραχές με εμφάνιση στην εφηβεία

1. Πρόδρομες εκδηλώσεις

Περιλαμβάνουν μια πολλαπλότητα άτυπων συμπτωμάτων, μεταξύ των οποίων τα λεγόμενα «αρνητικά» προεξάρχουν, αλλά σε τέτοιο βαθμό που ενώ δεν μπορεί να τεθεί με βεβαιότητα η διάγνωση της σχιζοφρένειας, ωστόσο παραμένουν υποψίες για μια τέτοια εξέλιξη. Τα συνηθέστερα κλινικά σημεία είναι η ελάττωση της προσοχής και της ικανότητας συγκέντρωσης, η αισθητή πτώση στη σχολική επίδοση, μειωμένες επιθυμίες και κίνητρα, ανηδονία, τάση απομόνωσης και κοινωνική απόσυρση, αναστροφή του ρυθμού μέρας-νύχτας, ευερεθιστότητα, βίαια ξεσπάσματα, διάχυση της σκέψης, λόγος απογυμνωμένος από συναίσθημα, αλλόκοτες ιδέες, μεγαλομανία, αυτοκτονικές σκέψεις ή ενέργειες. Κανένα από αυτά τα σημεία δεν αρκεί από μόνο του για διάγνωση. Η τελευταία θα τεθεί με βεβαιότητα όταν υπάρχει

συνδυασμός των παραπάνω συμπτωμάτων και κυρίως μια σταθερή επιδείνωσή τους σε μια πορεία αρκετών μηνών, μαζί με ένα σταθερό, σχεδόν μόνιμο, διάχυτο άγχος, το οποίο μπορεί να γίνει μαζικό, αδύνατο να εκφραστεί με λόγια.

Είναι δυνατόν στην κλινική εικόνα να προεξάρχουν διαταραχές της συμπεριφοράς αντικοινωνικού τύπου, ανεξέλεγκτες εκρήξεις βίας προς αντικείμενα, άλλα άτομα ή τον ίδιο τον εαυτό, σε συνδυασμό με μια μαζική και συνεχή λειτουργία του μηχανισμού της προβολής, ενώ η πλήρης αδυναμία ανοχής καταθλιπτικών συναισθημάτων οδηγεί σε άμεσες εκδραματίσεις αυτο- ή ετερο-καταστροφικές. Όλο και πιο συχνά, πλέον, τέτοιες εικόνες σχετίζονται με χρήση ουσιών ή οιοπνευματωδών, περιστασιακή ή μόνιμη. Η εξέλιξη προς μια καθαυτή σχιζοφρενική ψύχωση δεν αποτελεί σταθερή πρόγνωση. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει κυρίως από ένα σοβαρό καταθλιπτικό σύνδρομο ή από μια οριακή διαταραχή της προσωπικότητας.

II. Σχιζοφρένεια (επιβεβαιωμένη)

Η κατηγορία αυτή συγκεντρώνει όλες τις εκδηλώσεις που συνιστούν την κλασική κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας του ενηλίκου, με την προϋπόθεση ότι η διάρκεια τους επιβεβαιώνει την εγκατάσταση σε μια χρόνια ψύχωση. Συνήθως, αυτό αφορά τους μεγαλύτερους εφήβους και νέους στη μετεφηβική ηλικία. Είναι όμως δυνατόν να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη μιας σχιζοφρενικής ψύχωσης σε μικρότερες ηλικίες, στην αρχή της εφηβείας (ηβηφρενική μορφή). τα συμπτώματα συνιστούν το κλασσικό σύνδρομο στο επίκεντρο των οποίων βρίσκουμε τη διαταραχή της σκέψης (ανακοπές, ασυναρτησία, κενό), τις παραληρηματικές ιδέες (διωκτικού περιεχομένου, αναφοράς, συσχέτισης, σωματικό παραλήρημα κλπ), τις ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές), τις διαταραχές από το συναίσθημα (επίπεδο, απρόσφορο). Είναι δυνατόν να υπάρχουν διαταραχές συμπεριφοράς, πίσω από τις οποίες υπάρχει συνήθως παραληρηματική δραστηριότητα, με εκδήλωση επιθετικότητας ή καταστροφικών τάσεων που μπορεί να στρέφονται εναντίον του περιβάλλοντος ή του ίδιου του εαυτού.

Στην κλινική εικόνα μπορεί να προεξάρχουν τα λεγόμενα «θετικά» ή παραγωγικά συμπτώματα (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις) ή τα «αρνητικά» όπως ο απραγματισμός (έλλειψη κινήτρων και πρωτοβουλίας, με σημαντική μείωση της δραστηριότητας), η ανηδονία (απουσία επιθυμίας και ευχαρίστησης), σκεπτικές ή γνωστικές διαταραχές με την έννοια της έκπτωσης. Η δεύτερη περίπτωση είναι αρκετά συχνή στην εφηβεία και μπορεί να θέσει σοβαρά διαγνωστικά προβλήματα ή να καθυστερήσει την αναγνώριση της ύπαρξης σοβαρής ψυχοπαθολογίας.

4.2 Παραληρηματικές διαταραχές

Οι καταστάσεις αυτές χαρακτηρίζονται κυρίως από την παρουσία έμμοων παραληρηματικών ιδεών, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια των σχιζοφρενικών δι-

αταραχών. Πρόκειται συνήθως για μεμονωμένες ή πολλαπλές παραληρηματικές ιδέες διωκτικού, μεγαλομανιακού ή υποχονδριακού περιεχομένου, για φανταστικό παραλήρημα ή δυσμορφοφοβία παραληρηματικού χαρακτήρα. Αυτό που τις διαφοροποιεί από παροδικές ή «φυσιολογικές» ιδέες ή ενασχολήσεις τέτοιου τύπου στην εφηβεία είναι η διάρκειά τους και, βέβαια, η διαπίστωση της ύπαρξης μιας σαφούς ψυχωτικής οργάνωσης.

4.3 Οξείες ψυχωτικές διαταραχές

Πρόκειται για οξεία ή υποξεία επεισόδια, τα οποία μπορεί να έχουν τη μορφή της «bouffée délirante» κατά τη γαλλική ορολογία (αιφνίδια έναρξη πολύμορφων ως προς τα θέματα και τους μηχανισμούς τους παραληρηματικών εκδηλώσεων, με ψευδαισθήσεις, παρερμηνείες, διαισθητική ερμηνεία) ή της «οξείας σχιζοφρένειας» των αγγλοσαξόνων (προβληματική η χρήση του όρου «σχιζοφρένεια» σε ένα οξύ επεισόδιο). Άλλες κλινικές εκδηλώσεις που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν, είναι μια απότομη απώλεια των συνήθων σημείων αναφοράς ή μια βαθιά μεταβολή του υποκειμενικού βιώματος. Ως προς το τελευταίο, μια εικόνα αποπροσωποποίησης ή αποπραγματοποίησης πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από αντίστοιχες νευρωτικού (υστερικού) τύπου διαταραχές.

Απαραίτητη για τη διάγνωση είναι η ευνοϊκή έκβαση σε σύντομο χρονικό διάστημα. Διακρίνονται οι εξής επί μέρους μορφές:

- α. Οξεία πολύμορφη ψυχωτική διαταραχή χωρίς σχιζοφρενικά συμπτώματα*
- β. Οξεία πολύμορφη ψυχωτική διαταραχή με σχιζοφρενικά συμπτώματα*

Διαφοροδιαγνωστικά πρέπει να αποκλειστούν:

- οι μορφές στις οποίες οι διαταραχές επιμένουν πέραν των μερικών εβδομάδων
- οι περιπτώσεις στις οποίες τα επεισόδια επαναλαμβάνονται και στις οποίες οι μεταβολές της προσωπικότητας παίρνουν μόνιμο χαρακτήρα
- οι οξείες υποτροπές μιας ήδη διαπιστωμένης ψύχωσης.

4.4 Διαταραχές του θυμικού (Συναισθηματικές διαταραχές)

Όπως ήδη αναφέρθηκε, διαταραχές του θυμικού («συναισθηματικές διαταραχές»), που μπορεί να σημαίνουν ή όχι έναρξη μανιο-καταθλιπτικής (διπολικής) ή μονοπολικής διαταραχής, είναι δυνατόν να εμφανιστούν κατά την εφηβική ηλικία. Σήμερα είμαστε σε καλύτερη θέση να αναγνωρίζουμε αυτές τις καταστάσεις, ακόμα και όταν η συμπτωματολογία είναι άτυπη. Αν και οι διαταραχές του θυμικού δεν εντάσσονται αυστηρά και στο σύνολό τους στις ψυχώσεις, κατατάσσουμε σ' αυτήν την κατηγορία τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες ο μαζικός χαρακτήρας και η βαρύτητα της συναισθηματικής διαταραχής επηρεάζει σοβαρά, αν και παροδικά, τη σχέση με την πραγματικότητα. Ειδικά στην ηλικία αυτή, συνυπάρχουν συχνά με εκ-

δηλώσεις ψυχωτικού τύπου. Προς το παρόν, φαίνεται προτιμότερο να δίνουμε προβάδισμα στις διαταραχές του θυμικού επί των ψυχωτικών συμπτωμάτων και βάσει αυτού του σκεπτικού εντάσσονται εδώ και ορισμένες σχιζο-συναισθηματικές διαταραχές, εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες τα σχιζοφρενικά συμπτώματα επικρατούν κατά πολύ των διαταραχών του συναισθήματος, οπότε κατατάσσονται στην κατηγορία της σχιζοφρένειας.

Αποκλείονται: οι καταθλιπτικές καταστάσεις που εντάσσονται σε νευρωτικό πλαίσιο (νευρωτική κατάθλιψη), σε πλαίσιο διαταραχής της προσωπικότητας, αντιδραστικών διαταραχών ή παραλλαγών του φυσιολογικού (παροδική κατάθλιψη).

Διακρίνονται οι παρακάτω επί μέρους κλινικές μορφές, αναλόγως εάν πρόκειται για μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο:

Μανιακό επεισόδιο

- 1.4100 Τρέχον μανιακό επεισόδιο στο πλαίσιο διπολικής διαταραχής
- 1.4101 Μανία χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα
- 1.4102 Μανία με ψυχωτικά συμπτώματα
- 1.4103 Μικτή κατάσταση
- 1.4104 Υπομανία

Καταθλιπτικό επεισόδιο

- 1.4110 Τρέχον καταθλιπτικό επεισόδιο στο πλαίσιο διπολικής διαταραχής
- 1.4111 Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς έκδηλη μελαγχολική χροιά
- 1.4112 Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς έκδηλη μελαγχολική χροιά, με ψυχωτικά συμπτώματα
- 1.4113 Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με μελαγχολική χροιά
- 1.4114 Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με μελαγχολικά και παραληρηματικά στοιχεία

4.5 Καταθλιπτικές καταστάσεις μετά από ψυχωτικό επεισόδιο (μεταψυχωτική ή μετα-σχιζοφρενική κατάθλιψη)

Κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί κατά την αποδρομή ενός ψυχωτικού επεισοδίου, συχνότερα οξείας ή της σχιζοφρενικής κατηγορίας. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι δύσκολο να γνωρίζουμε εάν και κατά πόσον η καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μέρος της ψυχωτικής διεργασίας, της οποίας τα πιο έκδηλα συμπτώματα έχουν ήδη εξαφανιστεί, εάν είναι αποτέλεσμα της δράσης των νευροληπτικών, εάν αποτελεί ψυχολογική αντίδραση στο γεγονός της ασθένειας ή εάν πρόκειται για μια ειδική καταθλιπτική κατάσταση.

4.6 Ψύχωση και χρήση ουσιών στην εφηβεία

Όλο και συχνότερα, τα τελευταία χρόνια, η εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία συνδέεται με χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Αυτό αφορά ιδιαίτερα την περίπτωση εμφάνισης ψυχωτικών καταστάσεων είτε αυτές αποτελούν βραχεία επεισόδια είτε διαταραχές με μεγαλύτερη διάρκεια. Η εξέταση αυτού του ζητήματος δεν μπορεί να περιορίζεται στην απλουστευτική προσέγγιση του τύπου “drug induced psychosis”, αλλά οφείλει να διερευνήσει όλη την έκταση των ενδεχομένων σχέσεων ουσιών – ψύχωσης.

Κατ’ αρχήν, υπάρχει το γενικότερο ζήτημα της «επαφής» και χρήσης ουσιών από εφήβους, το οποίο δεν πρέπει να εξετάζεται με τη λογική της «τοξικομανίας», δηλαδή της εγκατεστημένης παθολογίας εξάρτησης, αλλά ενός πειραματισμού στο πλαίσιο διαφορετικής κατά περίπτωση «αναζήτησης εμπειριών». Έτσι, η πλέον «αθώα» εκδοχή είναι αυτή της εκδήλωσης ενός οξέος επεισοδίου, συνήθως με συγχυτικά χαρακτηριστικά, μετά από χρήση κάποιας ουσίας, το οποίο θα αποδράμει από μόνο του. Τα συμπτώματα οφείλονται στην επίδραση της ουσίας που χρησιμοποιήθηκε και η εξέλιξή τους όπως και η γενικότερη κλινική διερεύνηση αναδεικνύουν την ύπαρξη μιας σταθερής, «φυσιολογικής» οργάνωσης της προσωπικότητας. Στις άλλες περιπτώσεις, όπου οι διαταραχές τείνουν να έχουν μια άλλοτε άλλης διάρκειας πορεία, η διερεύνηση της σχέσης «προσωπικότητας – ουσίας» μας δείχνει συνήθως:

- είτε μια οριακή προσωπικότητα, στο έδαφος της οποίας η επίδραση της ουσίας προκάλεσε μια ψυχωτικού τύπου αποδιοργάνωση
- είτε μια προϋπάρχουσα ψύχωση ή προ-ψυχωτική κατάσταση, με τη χρήση των ουσιών να έχει ένα χαρακτήρα «αυτο-θεραπείας», αλλά, αντίθετα, να προκαλεί έξαρση μιας ψυχωτικής συμπτωματολογίας.

Οι ουσίες που συνηθέστερα ενοχοποιούνται για την πρόκληση ψυχωτικών επεισοδίων είναι τα ψευδαισθησιογόνα όπως η κάνναβη και το LSD, η κοκαΐνη, το ecstasy, τα αμφεταμινοειδή ψυχοδιεγερτικά. Συχνά, βέβαια υπάρχει ταυτόχρονη ή εναλλασσόμενη χρήση πολλών ουσιών, σε πολλές δε περιπτώσεις σε καθημερινή βάση και για αρκετά μεγάλο διάστημα. Η μέχρι τώρα δική μας εμπειρία και χωρίς να έχουμε κάνει μια συστηματική μελέτη του θέματος, μας δείχνει ότι στις περιπτώσεις που προϋπάρχει παρατεταμένη, συστηματική χρήση ουσιών σε εφήβους οι οποίοι εκδηλώνουν ένα ψυχωτικό επεισόδιο, υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στην ύφεση ή αποδρομή των συμπτωμάτων, τα οποία έχουν την τάση να αφήνουν κάποια «υπολείμματα» ή μια ευαλωτότητα προς ψυχωτικόμορφες αντιδράσεις (συχνότερα, παρανοϊκού τύπου ή απώλειας των ορίων). Σε κάθε περίπτωση, καθοριστικός παράγοντας, όχι μόνο για την εκδήλωση ψυχωτικού επεισοδίου αλλά και για την ίδια τη χρήση, είναι η ψυχική οργάνωση και η δομή της προσωπικότητας ενός εφήβου.

5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Το αυτονόητα τελικό ζητούμενο για κάθε κλινικό είναι η σύλληψη ενός θεραπευτικού σχεδίου, κατάλληλου για την παθολογία και γενικότερα για τα προβλήματα με τα οποία βρίσκεται αντιμέτωπος. Αυτό που κλασικά τονίζεται –και που αποτελεί επίσης ένα από τα βασικά στοιχεία της λογικής των ψυχιατρικών ταξινομήσεων– είναι ότι μια σωστή διάγνωση είναι προϋπόθεση για μια επιτυχημένη θεραπεία (ή οδηγεί σ' αυτήν). Στην περίπτωση των εφήβων, με ένα γενικότερο τρόπο, αλλά και ειδικότερα στην περίπτωση των ψυχώσεων, αυτό το αξίωμα ακριβώς μετατρέπεται αυτομάτως σε πρόβλημα, με το ερώτημα της ισχύος του ή μη, με τόσο καταφατικό τρόπο. Γιατί, όπως ήδη αναφέρθηκε, η έννοια της διάγνωσης είναι πολύ σχετική στην εφηβεία. Η «σχετικότητα» αυτή δεν συνιστά άρνηση, αλλά σημαίνει διαφορετική προσέγγιση της διαγνωστικής εκτίμησης, με όρους ψυχικής οργάνωσης, ψυχικών λειτουργιών και δυναμικής ψυχοπαθολογίας.

Η διαγνωστική εκτίμηση ενός εφήβου με ψυχωτικό τύπου παθολογία απαιτεί κλινική παρατήρηση που εκτείνεται σε χρόνο. Μέσα και από τη δική μας εμπειρία, θεωρούμε ότι η δυναμική των αναπτυξιακών διεργασιών συχνά αγνοεί τα όρια του ενός ή των έξι μηνών που θέτουν οι ταξινομήσεις ώστε να τεθεί με βεβαιότητα η διάγνωση μιας ψύχωσης, πολλές φορές δε χρειάζεται παρακολούθηση του εφήβου μέχρι και το πέρασμα στην ενηλικίωση. Στη πορεία αυτής της παρακολούθησης, συχνά παρατηρούμε μεταβολές και μεταπτώσεις στην κλινική εικόνα, από τις οποίες άλλες έχουν σχέση με τη θεραπευτική διαδικασία και άλλες περισσότερο με την δυναμική και τη ρευστότητα της ίδιας της εφηβείας. Στην ψυχιατρική του εφήβου, πολύ περισσότερο από ότι στη γενική ψυχιατρική, οι έννοιες της διάγνωσης και της θεραπείας χαρακτηρίζονται από την ιδιαίτερη αυτή διαλεκτική και αλληλοεπικάλυψη. Εδώ ας θυμηθούμε τα λόγια του R. Diatkine που αγγίζουν την καρδιά του προβλήματος: «αποτελεί σημαντική και ουσιαστική διαφορά το να είναι κανείς υπό την πίεση της διαφορικής διάγνωσης μεταξύ έναρξης ψύχωσης και εφηβικής κρίσης, από το να θέτει στον εαυτό του το ερώτημα κατά πόσο θα πρέπει να ξεκινήσει μια θεραπευτική παρέμβαση πριν οι παθολογικοί τρόποι λειτουργίας εγκατασταθούν με μη αναστρέψιμο τρόπο»²⁶.

Ερχόμαστε στο θέμα της θέσης των **ψυχοφαρμάκων** στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών στους εφήβους. Η χρησιμότητά τους, ειδικότερα των νευροληπτικών στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων δεν είναι δυνατόν να αγνοηθεί ούτε να υποτιμηθεί σε καμιά περίπτωση. Όμως, πρέπει πάντα να εκτιμάται με ιδιαίτερη προσοχή και κλινική υπευθυνότητα. Μια πρώτη επιφύλαξη αφορά στην κοινώς αναγνωρισμένη απουσία ακόμα επαρκών δεδομένων από την χρησιμοποίησή τους, με αποτέλεσμα αυτή ως επί το πλείστον να γίνεται εμπειρικά και βάσει των όσων είναι γνωστά από των ψυχιατρική των ενηλίκων. Αυτό αφορά ακόμα περισσότερο τα νεότερα, λεγόμενα και «άτυπα» νευροληπτικά. Κυρίως όμως έχει σημασία

η θέση που τους δίνουμε στην όλη θεραπευτική. Απόψεις όπως ότι αποτελούν την «μόνη ειδική θεραπεία» ή τον «ακρογωνιαίο λίθο» ή «την καρδιά της θεραπείας» στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων, συμβάλλουν στο να τους αποδίδονται δυσανάλογες, αν όχι «μαγικές» ιδιότητες σε σχέση με τον πραγματικό ρόλο τους που συνίσταται στην συμπτωματική θεραπεία. Ένα θέμα με ιδιαίτερη σημασία για τους εφήβους είναι εκείνο της ασφάλειας και των ανεπιθύμητων ενεργειών. Αν και ο αριθμός των σχετικών μελετών είναι ακόμα περιορισμένος, φαίνεται ότι ακόμα και τα «άτυπα» νευροληπτικά δεν στερούνται των κλασσικά γνωστών παρενεργειών, όπως ενδοκρινικών (αύξηση σωματικού βάρους, αμηνόρροια), νευρολογικών (εξωπυραμιδικά και δυστονικά συμπτώματα), σεξουαλικής δυσλειτουργίας ή επιπτώσεων στις γνωσιακές λειτουργίες. Η ονομαστική αναφορά σ' αυτές γίνεται ακριβώς για να τονιστεί η σημασία που έχει για έναν έφηβο το να νιώθει ότι, εκτός από την ψύχωση, και η θεραπεία μπορεί να τον κάνει να χάνει τον έλεγχο του σώματος ή των γνωσιακών ικανοτήτων του. Ο περιορισμός των τελευταίων δυσχεραίνει επί πλέον και την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (όταν αυτή δεν εγκαταλείπεται στο όνομα της παντοδυναμίας του φαρμάκου). Εκτός από τα νευροληπτικά, χρησιμοποιούνται τα αντικαταθλιπτικά όπου υπάρχει διαταραχή του συναισθήματος (κατάθλιψη-μανία), οι σταθεροποιητές της διάθεσης με κύρια ένδειξη τη διπολική διαταραχή, τα αγχολυτικά με μεγάλη προσοχή ή άλλα πιο ειδικά φάρμακα, όπως π.χ., για τη ΔΕΠΥ κλπ.

Σε μια πιο μετρημένη τοποθέτηση, θα λέγαμε ότι τα ψυχοφάρμακα αποτελούν έναν από τους παράγοντες της όλης θεραπευτικής αντιμετώπισης και λειτουργούν μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης (τρίγωνο εφήβου – γιατρού – γονιών). Σε κάθε περίπτωση, η φαρμακευτική θεραπεία θα τεθεί από ειδικό παιδοψυχίατρο, με όλους τους κανόνες που προβλέπονται και από τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, στην κατάρτιση των οποίων στη χώρα μας συμμετέχει η Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος.

Προϋπόθεση βέβαια για μια επαρκή και προσαρμοσμένη σε όλα όσα αναφέρθηκαν θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών στην εφηβεία – και εν γένει των σοβαρά διαταραγμένων εφήβων- είναι η ύπαρξη των κατάλληλων υπηρεσιών, ιδιαίτερα των υπηρεσιών υποδοχής, πλήρους και μερικής νοσηλείας – φροντίδας. Η επισήμανση αυτή δεν αφορά μόνο στις «δομές» αλλά και –κυρίως- στη σύλληψη, οργάνωση και λειτουργία του θεσμικού – ιδρυματικού πλαισίου. Τα αυστηρά δομημένα τύπου «συνταγής» προγράμματα, όπου όλα είναι (προ)καθορισμένα, λειτουργούν ασφυκτικά για τον ψυχωτικό έφηβο, με κίνδυνο να καταστήσουν το περιβάλλον διωκτικό. Το πλαίσιο για να είναι (ψυχο)θεραπευτικό, πρέπει να εξασφαλίζει λειτουργίες «εμπεριέχοντος» (containing), προστατευτικού – αλεξιερθετιστικού συστήματος, αφήνοντας χώρο για το μεταβατικό (transitional) και για μια μη τραυματική επανεπέδυση των αντικειμένων^{6,41}. Έχει ιδιαίτερη σημασία η διάκριση μεταξύ του τι είναι (ψυχο)θεραπευτικό και τι ανήκει στο κομμάτι της φροντίδας, αλλά ταυτόχρονα και η μεταξύ τους συνάρθρωση^{42,43}. Η λειτουργία της

παιδοψυχιατρικής ομάδας εντός του πλαισίου αυτού είναι ένα ακόμα ζήτημα για το οποίο υπάρχουν τόσο δικές μας αναφορές όσο και άλλων συγγραφέων^{44,45}. Εδώ θα επισημάνουμε πως, δεδομένου ότι η θεραπευτική παρακολούθηση των σοβαρά διαταραγμένων εφήβων συνήθως εκτείνεται σε χρόνο, απαιτεί μια καλά συντονισμένη λειτουργία των υπηρεσιών σε διάφορα επίπεδα (ενδο- και εξω- νοσοκομειακές, πλήρους και μερικής νοσηλείας, καθώς και ψυχοθεραπευτικές) ούτως ώστε τα «περάσματα» από τη μία στην άλλη να μην βιώνονται ως ρήξεις της απαραίτητης θεραπευτικής συνέχειας.

6. ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Τα όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα αφορούν σε ορισμένα από τα ουσιαστικά ερωτήματα γύρω από το ζήτημα των ψυχώσεων στην εφηβεία. Προέρχονται από δεδομένα της σχετικής βιβλιογραφίας, παράλληλα με τα οποία αναπτύχθηκαν και οι δικές μας σκέψεις και μια τοποθέτηση που δεν αντανακλά μόνο έναν θεωρητικό προβληματισμό επί του θέματος, αλλά βασίζεται και σε μια κλινική πρακτική και εμπειρία μέσα από τη δουλειά στην δική μας Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου στην Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ. Από την εμπειρία αυτή θα παραθέσουμε εν συντομία ορισμένα κλινικά στοιχεία.

Τα δεδομένα αυτά προέρχονται από μια κλινική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην υπηρεσία μας σχετικά με το θέμα των ψυχωτικών διαταραχών στην εφηβεία⁴⁶. Αφορούν σε ένα πληθυσμό 70 εφήβων [38 (54,3%) άρρενες και 32 (45,7%) θήλεις, ηλικίας 12,5-20] με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και την εξέλιξη – έκβαση

Πίνακας 1. Διάγνωση κατά το πρώτο επεισόδιο

	Άρρενες	Θήλεις	
Σχιζοφρενικόμορφο επεισόδιο	19	9	28 (40,0%)
Οξύ ψυχωτικό επεισόδιο	8	7	15 (21,4%)
Άτυπο	1	8	9 (12,9%)
Ψυχωτικό επεισόδιο σχετιζόμενο με χρήση ουσιών	6	0	6 (8,6%)
Μανιακό επεισόδιο	1	3	4 (5,7%)
Συναισθηματική ψύχωση	1	2	3 (4,3%)
Σχιζοφρενικόμορφο με συναισθηματικά στοιχεία	1	2	3 (4,3%)
Παραληρηματική διαταραχή	0	1	1 (1,4%)
Επικαθήμενη ψύχωση	1	0	1 (1,4%)
ΣΥΝΟΛΟ	38	32	70

Πίνακας 2. Διάγνωση κατά την επανεκτίμηση

	Άρρενες	Θήλεις	
Σχιζοφρένεια	13	7	20 (28,6%)
Πλήρης αποδρομή – χωρίς ψυχοπαθολογία	4	8	12 (17,1%)
Σχιζο-συναισθηματική ψύχωση	5	5	10 (14,3%)
Οριακή διαταραχή προσωπικότητας	4	3	7 (10,0%)
Διπολική διαταραχή	1	5	6 (8,6%)
Σχιζότυπη ΔΠ	1	2	3 (4,3%)
Θάνατος	4	0	4 (5,7%)
Δεν ανευρεθήκαν	6	2	8 (11,4%)
ΣΥΝΟΛΟ	38	32	70

μέσα από παρακολούθηση (follow-up) που φτάνει μέχρι και τα 20 χρόνια (ασθενείς 27-40 ετών).

Είναι ενδιαφέρον ότι σε μια ανάλογη γαλλική μελέτη σε 53 ασθενείς, ο R. Cahn⁴³ διαπιστώνει παρόμοια αναλογία ποσοστών ως προς την εξέλιξη εφήβων με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Συγκεκριμένα, στο ένα τρίτο των ασθενών παρατήρησαν πλήρη αποκατάσταση και στο ένα τέταρτο η εξέλιξη ήταν προς εγκατάσταση σε μη αναστρέψιμη εικόνα σχιζοφρενικής ψύχωσης. Στους υπόλοιπους (σχεδόν οι μισοί του δείγματος), παρέμενε μια εικόνα «σύνθετης προβληματικής» όπου συνυπήρχαν ψυχωτικοί τρόποι λειτουργίας με κάποιες δυνατότητες απεμπλοκής και αυτονομίας. Σε μια άλλη εργασία, μελετώντας έναν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό (200 εφήβων), ο D. Rabain²⁴, κάνοντας ανάλογα σχόλια, επισημαίνει την καλύτερη πρόγνωση των εφήβων με άτυπες ψυχωτικές εικόνες, αλλά και με παρουσία συναισθηματικού τύπου συμπτωμάτων, ανεξαρτήτως της βασικής διάγνωσης.

Η αναγκαστικά σύντομη παράθεση των στοιχείων αυτών δεν επιτρέπει αναλυτικότερη εξέταση των δεδομένων, όπως για παράδειγμα την αντιστοίχιση της αρχικής εικόνας με την έκβαση, με την τελευταία να εξειδικεύεται κατά περίπτωση σε σχέση με τη διάρκεια της παρακολούθησης που δεν είναι ίδια για όλους. Ωστόσο, παρουσιάζουν ενδιαφέρον, κατά τη γνώμη μας, τόσο η ποικιλομορφία από κλινική άποψη της αρχικής εικόνας μιας ψυχωτικού τύπου αποδιοργάνωσης ή κατάρρευσης, όσο και οι εκβάσεις, για τις οποίες ήδη αναφέρθηκε στην πορεία αυτού του κειμένου η σημασία μιας μακρόχρονης παρακολούθησης με μια (θεραπευτική) στάση που δεν ξεχνά τη δυνατότητα να αναστραφεί μια ψυχωτικογόνος διαδικασία ή έστω να μειωθούν οι δυσμενείς συνέπειές της. Μια τέτοια στάση δεν αγνοεί την κλινική πραγματικότητα που μας λέει ότι όντως στην εφηβεία μπορεί να ξεκινήσουν οι ψυχώσεις που θα συνεχίσουν την πορεία τους με μια χρονιότητα στην ενήλικη ζωή. Τα δεδομένα και από το δικό μας υλικό είναι σαφή ως προς αυτό, όσο όμως είναι σαφή και για τη σημασία μιας θεραπευτικής στάσης όπως ήδη την έχουμε περιγράψει.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα όσα αναπτύχθηκαν σ' αυτό το κείμενο, θα λέγαμε ότι:

- όπως ισχύει γενικότερα για την Ψυχιατρική του Εφήβου, η κλινική προσέγγιση των ψυχωτικών διαταραχών που εμφανίζονται σ' αυτήν την ηλικία δεν μπορεί να αγνοεί τις ιδιαιτερότητες αυτής της αναπτυξιακής/εξελικτικής φάσης. Οι διαφορές στην κλινική ψυχοπαθολογία –σε σχέση με παιδιά και ενηλίκους- είναι ως εκ τούτου ουσιαστικές και δεν μπορεί να θεωρούνται μόνο ως «ποσοτικού» χαρακτήρα
- η εκδήλωση ενός ψυχωτικού επεισοδίου στην εφηβεία γίνεται κατανοητή με όρους *ρήξης της αναπτυξιακής διαδικασίας* και θέτει με καίριο τρόπο το ερώτημα της πορείας και έκβασης στην ενήλικη ζωή
- η διαγνωστική προσέγγιση δεν αρκείται σε τυπικών χαρακτήρα διαδικασίες, αλλά απαιτεί χρόνο και είναι σε άμεση συνάρτηση με το θεραπευτικό πλαίσιο. Προφανώς, δεν προσφέρονται οι διαγνωστικές κατηγορίες των γενικών ταξινομήσεων, αλλά χρειάζεται προσφυγή σε έννοιες που να αποδίδουν την ψυχοπαθολογία σε σχέση με την αναπτυξιακή-εξελικτική δυναμική
- η θεραπευτική προσέγγιση απαιτεί το εννοιολογικό και θεωρητικό πλαίσιο που περιγράψαμε και το οποίο αφορά τόσο στη σχέση με τον ίδιο τον έφηβο όσο και στην εργασία με την οικογένεια, αλλά και στο επίπεδο της οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών και της (παιδο)ψυχιατρικής ομάδας
- τέλος, η μελέτη της έκβασης στην ενήλικη ζωή προϋποθέτει τη δυνατότητα διεξαγωγής μελετών σε βάθος χρόνου, κάτι που είναι ιδιαίτερα δύσκολο, όχι μόνο για πρακτικούς λόγους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hill P. Recent advances in selected aspects of adolescent development. *J Child Psychol Psychiatry* 1993, 34:69-99.
2. Cadoret M. Passage d'adolescence et passage institutionnel – Histoire et transmission, ritualité et symptôme. *Psychiatrie Française* 1997, 28:88-103.
3. Corcos M, Jeammet Ph. Expression névrotique – états limites – fonctionnement psychotique à l'adolescence. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie/Pédopsychiatrie* 2002, 37-215-B-20.
4. Harrop C, Trower P. Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clin Psychol Res* 2001, 21:241-265.
5. Green A. Point de vue du psychanalyste sur les psychoses à l'adolescence. Στο: Ladame F, Gutton Ph, Kalogerakis M (eds) *Psychoses et Adolescence*. Masson, Paris, 1990:231-244.
6. Cahn R. L'adolescent dans la psychanalyse. *L'aventure de la subjectivation*. PUF, Par-

- is, 1998.
7. Kestemberg E. L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiatrie de l'Enfant* 1962, 5:441-522.
 8. Ferrari P, Epelbaum C. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1993.
 9. Werry JS, Mc Clellan JM, Chard L. Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizo-affective disorders: a clinical and outcome study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, 30:457-465.
 10. McClellan JM, Werry JS. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:616-635.
 11. Hollis C. Adult outcomes of child- and adolescent- onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2000, 157:1652-1659.
 12. Cawthron P, James A, Dell J, Seargroatt V. Adolescent onset psychosis. A clinical outcome study. *J Child Psychol Psychiatry* 1994, 35:1321-1332.
 13. Gillberg C, Wahlstrom J, Forsman A, Hellgren L, Gillberg I. Teenage psychoses – epidemiology, classification and reduced optimality in the pre-, peri- and neonatal periods. *J Child Psychol Psychiatry* 1986, 27:87-98.
 14. Carlson GA. Child and adolescent mania: diagnostic considerations. *J Child Psychol Psychiatry* 1990, 31:331-342.
 15. Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martinez-Arama A, Reinares M, Gasto C. Bipolar disorder, schizo-affective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry* 2001, 16:167-172.
 16. Lay B, Schmidt MH, Blanz B. Course of adolescent psychotic disorder with schizo-affective episodes. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997, 6:32-41.
 17. Muller MJ, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Depressive factors and their relationship with other symptom domains in schizophrenia, schizo-affective disorder and psychotic depression. *Schizophr Bull* 2001, 27:19-28.
 18. Αμπατζόγλου Γ, Ζηλίκης Ν. Καταθλιπτικές διεργασίες και ψυχοπαθολογία στην εφηβεία. Τμητικός Τόμος Καθηγητού Α Διακογιάννη. Έκδοση Α' Νευρολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, 2001:404-415.
 19. Nicolson R, Lenane M, Brookner F, Gochman P, Kumra S, Spechler L, Giedd JN, Thaker GK, Wudarsky M, Rappoport JL. Children and adolescents with psychotic disorder not otherwise specified: a 2- to 8-year follow-up study. *Compr Psychiatry* 2001, 42:319-325.
 20. Valevski A, Ratzoni G, Apter A, Zalsman G, Shiloh R, Weizman A, Tyano S. Stability of diagnosis: a 20-year retrospective cohort study of Israeli psychiatric adolescent in-patients. *J Adolesc* 2001, 24:625-633.
 21. Volkmar FR. Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:843-851.
 22. Blos P. *On adolescence*. Free Press, New York, 1962.
 23. Laufer M, Laufer ME. *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*. Yale University Press, New Heaven and London, 1984.
 24. Rabain D. Caractéristiques des décompensations psychotiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1991, 39:346-350.
 25. Marcelli D, Braconnier A. *Psychopathologie de l'adolescent*. Masson, Paris, 1988.

26. Baranes JJ, Cahn R, Diatkine R, Jeammet P, Jeangirard C, Racamier PC, Sigg BW (eds) *Psychanalyse, adolescence et psychose*. Payot, Paris, 1986.
27. Aulagnier P. Telle une “zone sinistrée”. *Adolescence* 1984, 2:9-21.
28. Penot B. L’identité en question. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile* 1975, 23:833-842.
29. Cahn R. *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*. PUF, Paris, 1991.
30. Braconnier A. Le syndrome de menace dépressive. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 1991, 39:337-340.
31. Laufer ME. Body image, sexuality and the psychotic core. *Int J Psycho-Anal* 1991, 72:63-71.
32. Gutton Ph. *Le pubertaire*. PUF, Paris, 1991.
33. Gutton Ph. *Adolescens*. PUF, Paris, 1996.
34. Jeammet Ph. Expériences psychotiques et adolescence. *Adolescence* 1984, 2:31-35.
35. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* 1996, 30:587-599.
36. Clark AF, Lewis SW. Practitioner review: treatment of schizophrenia in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1998, 39:1071-1081.
37. Jackson HJ, McGorry PD, Dakis J, Harrigan S, Henry L, Mihalopoulos C. The inter-rater and test-retest reliabilities of prodromal symptoms in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 1996:498-504.
38. Menezes NM, Milovan E. First-episode psychosis: a comparative review of diagnostic evaluation and predictive variables in adolescents versus adults. *Can J Psychiatry* 2000, 45:710-716.
39. Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull* 1996, 22:241-256.
40. Mises R, Quemada N. *Classification Française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent (CFTMEA)*. Στο: Ζηλίκης Ν, Λαζαράτου Ε (επιμ και μτφρ) *Γαλλική Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών Παιδιού και Εφήβου*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1995.
41. Ladame F, Jeammet Ph (eds) *La psychiatrie de l’adolescent aujourd’hui. Quels adolescents soigner et comment?* PUF, Paris, 1986.
42. Winnicott DW. Hospital care supplementing intensive psychotherapy in adolescence. Στο: Winnicott DW (ed) *The maturational process and the facilitating environment*. The Hogarth Press, London, 1987:242-248.
43. Cahn R. *L’adolescent dans la psychanalyse. L’aventure de la subjectivation*. PUF, Paris, 1998.
44. Στεφανάτος Γ. Η παιδοψυχιατρική ομάδα. Αρχές και πλαίσια λειτουργίας. Στο Τσιάντης Ι, Μανωλόπουλος Σ (επιμ) *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής (Τόμος 3)*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1989:341-372.
45. Zilakis N. De l’hospitalisation d’adolescents présentant des problèmes psychiatriques: parcours bibliographique et rapport d’une expérience hellénique. *L’Information Psychiatrique* 2004, 80:109-122.
46. Πιάχας Α. Πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο στην εφηβεία – Κλινικά χαρακτηριστικά και έκβαση στην ενήλικη ζωή. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, 2013.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Η σχιζοφρένεια φαίνεται να αφορά εξ ίσου τα δύο φύλα, με επιπολασμό σε γενικό πληθυσμό περί το 0,7-0,9%.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

2. Ο ρόλος του περιβάλλοντος δεν είναι καθοριστικός για την εμφάνιση των ψυχώσεων κατά την εφηβεία.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

3. Κληρονομικοί παράγοντες, νευροανατομικά δεδομένα και δυσλειτουργίες στην αναπτυξιακή πορεία του παιδιού έχουν ειδική προβλεπτική αξία για την μετέπειτα εμφάνιση ψύχωσης.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

4. Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν το παραλήρημα και τις ψευδαισθήσεις.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

5. Η φαρμακοθεραπεία δεν είναι η μόνη ειδική θεραπεία για την αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών κατά την εφηβεία.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

5. Κατάθλιψη στην εφηβεία

Γιώργος Γιαννακόπουλος

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι μία σοβαρή διαταραχή με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας, υποτροπής και χρονιότητας.
- Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ) είναι μία ειδική διάγνωση που περιλαμβάνει συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης, ανηδονίας και άλλα νευροφυτικά συμπτώματα (π.χ. απύννια, μειωμένη συγκέντρωση, χαμηλή ενεργητικότητα).
- Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) η λιγότερο σοβαρή κλινική παρουσίαση της κατάθλιψης είναι πιο συχνή.
- Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στους εφήβους είναι παρόμοια με τους ενήλικους, αλλά με διαφορές λόγω του σταδίου της σωματικής, συναισθηματικής, νοητικής και κοινωνικής ανάπτυξης.
- Οι έφηβοι μπορεί να εκδηλώνουν αστάθεια στη διάθεση, ευερεθιστότητα, μικρή ανοχή στη ματαίωση, εκρήξεις οργής, σωματικά ενοχλήματα και/ή κοινωνική απομόνωση αντί να λεκτικοποιούν τα αισθήματα της κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, οι έφηβοι συχνά έχουν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές συμπεριφοράς ή προβλήματα χρήσης ουσιών.
- Περίπου το 8% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών στον γενικό πληθυσμό βιώνουν στη διάρκεια ενός έτους τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΜΚΔ. Τα κορίτσια (12%) εμφανίζουν συχνότερα ΜΚΔ με σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα συγκριτικά με τα αγόρια (4%).
- Παρά τη σχετικά υψηλή συχνότητα της κατάθλιψης στην εφηβεία, η διαταραχή συχνά δεν αναγνωρίζεται και δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς. Μόνο το 50% των εφήβων με κατάθλιψη θα διαγνωστούν πριν από την ενηλικίωσή τους.
- Η ανίχνευση της κατάθλιψης σε εφήβους σε κίνδυνο, σε εφήβους με συμπτώματα κατάθλιψης ή σε εκείνους με κύριο ενόχλημα κάποιο συναισθηματικό πρόβλημα πρέπει να γίνεται συστηματικά μέσω συνέντευξης με τον έφηβο, συνέντευξης με τους γονείς/πρόσωπα φροντίδας, καθώς και μέσω της χρήσης σταθμισμένων, ψυχομετρικά αξιόπιστων εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης.

Παιδοψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

- Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης (π.χ. συστηματική παρακολούθηση, ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις).
- Η διαχείριση των καταθλιπτικών, αυτοκτονικών ή δυνητικά αυτοκτονικών εφήβων ασθενών πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνει ένα σχέδιο διασφάλισης της ζωής και της ακεραιότητας του ασθενούς.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι μία σοβαρή διαταραχή με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας, υποτροπής και χρονιότητας^{1,2}. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ) είναι μία ειδική διάγνωση που περιλαμβάνει συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης, ανηδονίας και άλλα νευροφυτικά συμπτώματα (π.χ. αϋπνία, μειωμένη συγκέντρωση, χαμηλή ενεργητικότητα)³. Η ΜΚΔ χαρακτηρίζεται από την παρουσία πέντε ή περισσότερων από ένα σύνολο εννέα συμπτωμάτων που επιμένουν για περίοδο δύο εβδομάδων και συνιστούν μία αλλαγή της προηγούμενης λειτουργικότητας⁴. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι 1) καταθλιπτική διάθεση ή 2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγουμένως ήταν ενδιαφέρουσες ή ευχάριστες⁴. Οι εννέα κατηγορίες συμπτωμάτων περιλαμβάνουν:

1. Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου (π.χ. αίσθημα δυστυχίας ή κενού) ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων (π.χ. κλαίει εύκολα).
2. Εκσεσημασμένα μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων).
3. Σημαντική απώλεια βάρους ενώ το άτομο δεν βρίσκεται σε δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. άνω του 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), μείωση ή αύξηση της όρεξης για φαγητό σχεδόν καθημερινά.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία καθημερινά.
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (όπως υποδεικνύεται από τις παρατηρήσεις άλλων ατόμων και όχι μόνο από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου).
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
7. Αίσθημα αναξιοτήτας ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής σχεδόν καθημερινά.
8. Μειωμένη ικανότητα για σκέψη ή συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου).

ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων).

9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι φόβου θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο διάπραξης αυτοκτονίας.

Εκτός από την αναγνώριση πέντε ή περισσότερων από τα εννέα συμπτώματα που απαιτούνται για τη διάγνωση της ΜΚΔ, ο ιατρός πρέπει επίσης να ανασκοπήσει το ιστορικό του εφήβου για να ανιχνεύσει άλλα πρωτογενή αίτια κατάθλιψης. Τα συμπτώματα δεν πρέπει να πληρούν τα κριτήρια για μικτή διπολική διαταραχή, δεν πρέπει να προκαλούνται από τις άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις μίας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φάρμακο) ή μίας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός). Τα συμπτώματα δεν πρέπει να οφείλονται σε πένθος, δηλαδή μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα επιμένουν για διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών ή χαρακτηρίζονται από εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με ιδέες αναξιοσύτητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση. Τέλος, τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική (σχολική) ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) η λιγότερο σοβαρή κλινική παρουσίαση της κατάθλιψης είναι πιο συχνή¹. Η κατάθλιψη ορίζεται ως ήπια όταν είναι παρόντα πέντε ή έξι από τα προαναφερόμενα συμπτώματα, τα οποία είναι ήπιας βαρύτητας με ήπια μόνο έκπτωση της λειτουργικότητας. Αντίθετα, η σοβαρή κατάθλιψη είναι παρούσα όταν ο ασθενής βιώνει όλα τα εννέα προαναφερόμενα συμπτώματα. Η κατάθλιψη θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί σοβαρή όταν ο ασθενής βιώνει σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας (π.χ. δεν μπορεί να βγει από το σπίτι). Ένας έφηβος που πληροί πέντε κριτήρια συμπτωμάτων θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί ότι πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη στην περίπτωση που παρουσιάζει συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας, σαφή πρόθεση ή πρόσφατη απόπειρα ή ψυχωτικά συμπτώματα. Η μέτρια κατάθλιψη κατατάσσεται μεταξύ της ήπιας και της σοβαρής κατάθλιψης.

2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στους εφήβους είναι παρόμοια με τους ενήλικους, αλλά με διαφορές λόγω του σταδίου της σωματικής, συναισθηματικής, νοητικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Οι έφηβοι μπορεί να εκδηλώνουν αστάθεια στη διάθεση, ευερεθιστότητα, μικρή ανοχή στη ματαίωση, εκρήξεις οργής, σωματικά ενοχλήματα και/ή κοινωνική απομόνωση αντί να λεκτικοποιούν τα αισθήματα της κατάθλιψης⁵. Επιπρόσθετα, οι έφηβοι συχνά έχουν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές συμπεριφοράς ή προβλήματα χρήσης ουσιών⁶. Οι έφηβοι που προκαλούν προβλήματα στο σπίτι ή το σχολείο μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν

κατάθλιψη, αλλά δεν το γνωρίζουν. Δεδομένου ότι ο έφηβος δεν φαίνεται πάντοτε θλιμμένος, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορεί να μην συνειδητοποιούν ότι το πρόβλημα της συμπεριφοράς είναι μία ένδειξη κατάθλιψης. Το να ρωτήσουμε τον έφηβο αν αισθάνεται δυστυχισμένος ή σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του μπορεί να βοηθήσει. Η ερώτηση αυτή δεν «του βάζει ιδέες» - αντίθετα του επιβεβαιώνει ότι κάποιος νοιάζεται και του δίνει την ευκαιρία να μιλήσει για τα προβλήματά του.

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους είναι τα ακόλουθα⁶:

- Συχνή θλίψη, κλαίει εύκολα ή πολύ.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που προηγουμένως απολάμβαναν.
- Έλλειψη κινήτρου, εμμένουσα ανία, χαμηλό επίπεδο ενεργητικότητας.
- Απουσίες ή χαμηλή επίδοση στο σχολείο.
- Κοινωνική απομόνωση, έλλειψη στενών σχέσεων με φίλους και οικογένεια.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχή, αισθήματα αποτυχίας.
- Υπερβολική ευαισθησία στην απόρριψη ή την αποτυχία.
- Αυξημένη ευερεθιστότητα, θυμός ή εχθρικότητα.
- Δυσκολία στις σχέσεις, μικρό ενδιαφέρον για διατήρηση φιλικών σχέσεων.
- Συχνά ανεξήγητα συμπτώματα σωματικών ασθενειών.
- Δυσκολία συγκέντρωσης.
- Σημαντική αλλαγή στο φαγητό και/ή τις συνήθειες ύπνου.
- Σκέφτονται ή κάνουν φυγές από το σπίτι - συνήθως ως μία κραυγή για βοήθεια.
- Σκέψεις ή εκφράσεις αυτοκτονίας ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.
- Χρήση ουσιών.
- Αυτοτραυματικές συμπεριφορές, ιδιαίτερα όταν δυσκολεύονται να μιλήσουν για συναισθήματα.

Η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου ΜΚΔ σε εφήβους που έχουν παραπεμφθεί σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι περίπου οκτώ μήνες, ενώ για πληθυσμούς στην κοινότητα η μέση διάρκεια ανέρχεται σε έναν με δύο μήνες⁷. Αν και οι περισσότεροι έφηβοι αναρρώνουν από το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο, διαχρονικές μελέτες κλινικών και κοινοτικών πληθυσμών εφήβων με κατάθλιψη έχουν δείξει ότι η πιθανότητα υποτροπής αγγίζει το 20-60% ένα έως δύο χρόνια μετά την ύφεση των συμπτωμάτων και αυξάνει σε 70% πέντε χρόνια μετά την ύφεση των συμπτωμάτων του πρώτου επεισοδίου⁸. Οι υποτροπές μπορεί να επιμένουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής και ένα σημαντικό ποσοστό εφήβων με ΜΚΔ θα συνεχίσουν να υποφέρουν από τη διαταραχή στη διάρκεια της ενήλικης ζωής⁹. Πολλοί παράγοντες μπορεί να συμβάλουν στις υποτροπές, όπως ψυχοπιεστικές/τραυματικές εμπειρίες (απώλειες,

κακοποίηση, παραμέληση και συνεχιζόμενες συγκρούσεις και ματαιώσεις), συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία, σωματική ασθένεια, οικογενειακή δυσλειτουργία, ψυχοπαθολογία των γονέων, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έκθεση σε αρνητικά γεγονότα ζωής και χρήση φαρμάκων⁵.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε εδώ τους παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στην εφηβεία. Ο κίνδυνος για κατάθλιψη είναι μεγαλύτερος σε εφήβους με ατομικό και/ή οικογενειακό ιστορικό που περιλαμβάνουν τα ακόλουθα^{1,6}:

- Ακραίες ψυχοκοινωνικές περιστάσεις (οικογενειακές κρίσεις, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση, ιστορικό τραυματικών εμπειριών).
- Κατάθλιψη.
- Διπολική διαταραχή.
- Αυτοκτονικές συμπεριφορές.
- Αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές διαγωγής, μαθησιακές διαταραχές, διαταραχές ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας.
- Γυναικείο φύλο.
- Φυλετικές ή εθνικές μειονότητες.
- Χρήση ουσιών.

Εκτός από τα προαναφερόμενα, οποιαδήποτε ευαλωτότητα, που αυξάνει την πιθανότητα να αντιμετωπίσει ο έφηβος κάποιο στρεσογόνο παράγοντα και μειώνει την ικανότητά του να διαχειριστεί αυτόν τον στρεσογόνο παράγοντα, αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για κατάθλιψη στην εφηβεία⁹.

3. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Περίπου το 8% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών στον γενικό πληθυσμό βιώνουν στη διάρκεια ενός έτους τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΜΚΔ. Τα κορίτσια (12%) εμφανίζουν συχνότερα ΜΚΔ με σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα συγκριτικά με τα αγόρια (4%)¹⁰. Ο διά βίου επιπολασμός της ΜΚΔ στους εφήβους στον γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 20%¹¹. Στην ΠΦΥ, ο επιπολασμός είναι υψηλότερος, με τα αναφερόμενα ποσοστά να αγγίζουν το 28%¹².

Η ΜΚΔ με έναρξη στην εφηβεία συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία, απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονικό ιδεασμό¹³. Περίπου το 60% των εφήβων που υποφέρουν από κατάθλιψη αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό και το 30% έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει¹⁴. Δύο παράγοντες προβλέπουν την επανάληψη αυτοκτονικής απόπειρας στους εφήβους με προηγούμενες απόπειρες: η πιο σοβαρή κλινική κατάθλιψη και τα πρόσωπα φροντίδας που ασκούν μεγαλύτερο γονικό έλεγχο¹⁵. Η πλειονότητα (59%) των εφήβων θυμάτων αυτοκτονί-

ας παρουσιάζουν ψυχιατρικά συμπτώματα για διάστημα άνω των τριών ετών πριν από τον θάνατό τους¹⁶. Άλλες αρνητικές επιπτώσεις της κατάθλιψης στην εφηβεία είναι η σχολική και ακαδημαϊκή αποτυχία, ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, η χρήση ουσιών και η εξάρτηση από τη νικοτίνη¹⁶⁻¹⁸. Μάλιστα, η έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής και οικογενειακής λειτουργικότητας συνεχίζεται κατά την νεαρή ενήλικη ζωή¹³. Επιπλέον, υψηλή είναι η συχνότητα συννοσηρών ψυχιατρικών διαταραχών. Το 40-90% των εφήβων με καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζουν και άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις. Οι πιο συχνές από αυτές είναι οι αγχώδεις διαταραχές και ακολουθούν οι διαταρακτικές διαταραχές, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας και οι διαταραχές χρήσης ουσιών⁵.

Παρά τη σχετικά υψηλή συχνότητα της κατάθλιψης στην εφηβεία, η διαταραχή συχνά δεν αναγνωρίζεται και δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς. Μόνο το 50% των εφήβων με κατάθλιψη θα διαγνωστούν πριν από την ενηλικίωσή τους¹⁹. Η έλλειψη διερεύνησης για συμπτώματα κατάθλιψης, συζήτησης για τη συναισθηματική υγεία, έγκαιρης ανίχνευσης παραγόντων αυτοκτονικού κινδύνου και χρήσης σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας εξηγούν σε μεγάλο βαθμό την υπο-διάγνωση της διαταραχής στην εφηβεία^{20,21}. Επιπλέον, η συντριπτική πλειονότητα των εφήβων με κατάθλιψη δεν λαμβάνει κανενός είδους θεραπεία και από εκείνους που θα λάβουν θεραπεία μόνο το 50% θα αντιμετωπιστεί κατάλληλα²².

Ο ρόλος των ιατρών της ΠΦΥ είναι εξαιρετικά σημαντικός για την έγκαιρη αναγνώριση της κατάθλιψης στην εφηβεία, της διαχείρισης και της παραπομπής/διασύνδεσης των περιπτώσεων με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Να σημειώσουμε εδώ ότι οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται πιο συχνά τις υπηρεσίες ΠΦΥ και ότι περίπου το 25% των επισκέψεων των εφήβων στην ΠΦΥ αφορά ζητήματα συναισθηματικής υγείας²³. Η έγκαιρη ανίχνευση της εφηβικής κατάθλιψης είναι εφικτή στην ΠΦΥ, μπορεί να γίνει αποδεκτή από τους εφήβους και τους γονείς τους και δεν διακόπτει τη συνέχεια της φροντίδας. Η ΠΦΥ μπορεί να αυξήσει τα συνολικά ποσοστά αναγνώρισης των εφήβων με κατάθλιψη, τα ποσοστά των περιπτώσεων που παραπέμπονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τελικά τα ποσοστά των εφήβων που θα λάβουν κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση²⁴.

4. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ/ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

Ένα σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της ανίχνευσης/αναγνώρισης της κατάθλιψης στην εφηβεία είναι ο συστηματικός έλεγχος για πιθανή παρουσία παραγόντων κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα κατάθλιψης, καθώς και ο έλεγχος για την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης στους εφήβους που βρίσκονται σε κίνδυνο για την εμφάνιση της διαταραχής. Τα πιο συχνά συμπτώματα που μπορεί να αποτελούν ένδειξη εφηβικής κατάθλιψης στην ΠΦΥ είναι η αϋπνία, η απώλεια βάρους, η

πτώση στη σχολική επίδοση και οι οικογενειακές συγκρούσεις.

Η ανίχνευση της κατάθλιψης σε εφήβους σε κίνδυνο, σε εφήβους με συμπτώματα κατάθλιψης ή σε εκείνους με κύριο ενόχλημα κάποιο συναισθηματικό πρόβλημα πρέπει να γίνεται συστηματικά μέσω συνέντευξης με τον έφηβο, συνέντευξης με τους γονείς/πρόσωπα φροντίδας, καθώς και μέσω της χρήσης σταθμισμένων, ψυχομετρικά αξιόπιστων εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης. Τρεις σημαντικοί τομείς που πρέπει να αξιολογούνται κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους εφήβους και τους γονείς τους είναι¹:

1. Η αξιολόγηση της λειτουργικής έκπτωσης του εφήβου σε διάφορους τομείς (π.χ. σπίτι, σχολείο, σχέσεις με συνομηλίκους).
2. Η αναγνώριση άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων στο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό.
3. Η αναγνώριση συνυπαρχουσών διαταραχών στον έφηβο που μπορεί να επηρεάζουν τη διάγνωση ή τη θεραπεία (π.χ. χρήση ουσιών, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, σεξουαλική κακοποίηση).

Η ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω σταθμισμένων εργαλείων είναι γρήγορη και εύκολη στη χορήγηση και περιλαμβάνει συνήθως ένα συνοπτικό ερωτηματολόγιο που μπορεί να συμπληρωθεί από τον έφηβο στην αίθουσα αναμονής ή στο γραφείο της εξέτασης. Η ανασκόπηση και βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου αποτελεί έναν εύκολο τρόπο για τον ιατρό της ΠΦΥ να αξιολογήσει κατά πόσο ο έφηβος υποφέρει πιθανώς από κατάθλιψη ή βρίσκεται σε κίνδυνο αυτοκτονικότητας. Τα σταθμισμένα εργαλεία μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τη διαδικασία της αξιολόγησης¹.

Ένα παράδειγμα σταθμισμένου εργαλείου ανίχνευσης της κατάθλιψης στην Ελλάδα είναι το ερωτηματολόγιο Children's Depression Inventory (CDI)^{25,26}. Το CDI είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη και καλύτερα μελετημένη κλίμακα για τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους. Περιλαμβάνει 27 ερωτήματα που ποσοτικοποιούν συμπτώματα όπως την καταθλιπτική διάθεση, την ικανότητα για ευχαρίστηση, τις νευροφυτικές λειτουργίες, την αυτο-αξιολόγηση και τις διαπροσωπικές συμπεριφορές. Το ερωτηματολόγιο καλύπτει τις συνέπειες της κατάθλιψης, όπως αυτές εκφράζονται στα παιδιά και τους εφήβους και στη λειτουργικότητά τους στο σχολείο και στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. Για κάθε ερώτημα ο έφηβος μπορεί να δώσει τρεις πιθανές απαντήσεις που αντιστοιχούν σε τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: 0 απουσία συμπτωμάτων, 1 ήπια συμπτώματα και 2 σίγουρα συμπτώματα. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 54. Στην Ελλάδα προτείνεται ότι συνολική βαθμολογία ≥ 15 είναι ενδεικτική για υψηλή πιθανότητα σοβαρών επιπέδων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία απαιτούν περαιτέρω αξιολόγηση μέσω διαγνωστικής συνέντευξης από ειδικό²⁶.

Ένα στοιχειώδες εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης στην ΠΦΥ είναι το Pa-

tient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)²⁷. Αυτό το ανιχνευτικό εργαλείο περιλαμβάνει μόνο δύο ερωτήματα:

- Τις τελευταίες εβδομάδες, ένιωθες συχνά πεσμένος/η, θλιμμένος/η, ή απελπισμένος/η;
- Έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου ή δεν ευχαριστιέσαι πια να κάνεις πράγματα που απολάμβανες;

Αν ο ερωτώμενος απαντήσει «ναι» σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω δύο ερωτήματα, ο ανιχνευτικός έλεγχος θεωρείται θετικός.

Αναφορικά με την αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας σε εφήβους με κατάθλιψη, οι παράγοντες υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν τα εξής:

- Οργανωμένο σχέδιο – εξαιρετικά βίαιη ή ασυνήθης μέθοδος τέλεσης της αυτοκτονικής πράξης.
- Απώλεια λογικής σκέψης.
- Φύλο – ενώ τα κορίτσια αποπειρώνται συχνότερα να αυτοκτονήσουν, εν τέλει τα αγόρια αυτοκτονούν σε μεγαλύτερα ποσοστά.
- Ηλικία άνω των 16 ετών.
- Συννοσηρές με κατάθλιψη ψυχικές διαταραχές (π.χ. διαταραχές διαγωγής, εκρήξεις οργής/επιθετικότητας).
- Προηγούμενες απόπειρες.
- Χρήση αλκοόλ.
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.
- Σωματικές ασθένειες.
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Συμπεριφορές που μπορεί να παρατηρηθούν στους εφήβους ως πιθανές ενδείξεις αυτοκτονικού ιδεασμού περιλαμβάνουν τη λεκτική έκφραση αυτοκαταστροφικών σκέψεων, την έντονη ενασχόληση με μουσική, βιντεοπαιχνίδια, βιβλία ή τηλεοπτικά προγράμματα που επικεντρώνονται στο θέμα του θανάτου, και την επίσκεψη διαδικτυακών τόπων που περιέχουν πληροφορίες σχετιζόμενες με τον θάνατο και την αυτοκτονία.

5. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης (π.χ. συστηματική παρακολούθηση, ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις). Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένα βασικά συστατικά σε οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση²:

- Εκπαίδευση και υποστήριξη του εφήβου και της οικογένειάς του.
- Αναγνώριση των προτιμήσεων του εφήβου και της οικογένειας και γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών φροντίδας.
- Εξατομίκευση του θεραπευτικού σχεδίου σύμφωνα με τη σοβαρότητα της διαταραχής, τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας και τις συνυπάρχουσες διαταραχές.
- Διατήρηση της ασφάλειας του εφήβου.
- Συνεργασία με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.
- Φροντίδα της σωματικής υγείας του εφήβου.
- Ενδυνάμωση των σχέσεων, καθοδήγηση των γονέων (π.χ. διαχείριση συγκρούσεων) και μείωση της οικογενειακής δυσλειτουργίας.

Οι έφηβοι και οι οικογένειές τους πρέπει να ενημερώνονται για τα αίτια της κατάθλιψης, τα συμπτώματα, την πορεία της διαταραχής, τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τους κινδύνους που προκύπτουν από τη μη λήψη της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης⁵. Ο στόχος αυτής της εκπαίδευσης είναι να αποσαφηνίσει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και να καταστήσει τον έφηβο και την οικογένειά του συμμετόχους σε αυτή τη διαδικασία. Τα βασικά μηνύματα που περιλαμβάνει αυτή η εκπαίδευση είναι:

- Η κατάθλιψη είναι ασθένεια, δεν είναι αδυναμία. Δεν φταίει κάποιος για αυτή, συνήθως ευθύνονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Οι δυσκολίες που βιώνει ο έφηβος στη λειτουργικότητά του είναι εκδηλώσεις της ασθένειας.
- Η ασθένεια συχνά υποτροπιάζει και η περίοδος ανάρρωσης μπορεί να είναι μακρά. Αυτό δεν πρέπει να μας απογοητεύει.
- Καθοδηγούμε/υποστηρίζουμε τους γονείς στην ανατροφή του εφήβου.

Η υποστηρικτική διαχείριση της περίπτωσης περιλαμβάνει την ενεργητική ακρόαση, την αποκατάσταση της ελπίδας, την υποστήριξη στην επίλυση προβλημάτων και στρατηγικές για τη διατήρηση της συμμετοχής του εφήβου στη θεραπεία του. Η εμπλοκή της οικογένειας είναι πολύ σημαντική, δεδομένου ότι είναι αδύνατη η επιτυχής θεραπεία του εφήβου χωρίς τη στενή συμμετοχή των γονέων. Συχνά το κίνητρο για θεραπεία έρχεται ή συντηρείται από τους ίδιους τους γονείς. Επίσης, οι παρατηρήσεις των γονέων σχετικά με την πορεία των συμπτωμάτων του εφήβου παίζουν σημαντικό ρόλο για τη διατήρηση της ασφάλειας του παιδιού τους⁵.

Η ψυχοθεραπεία από εκπαιδευμένο θεραπευτή συστήνεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τους εφήβους με κατάθλιψη. Δύο μορφές ψυχοθεραπείας με εκτενή τεκμηρίωση στην εφηβική κατάθλιψη είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία². Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει ως θεραπευτικό στόχο τη βελτίωση της διάθεσης του εφήβου εστιάζοντας στις σκέ-

ψεις και τις συμπεριφορές του. Οι θεραπευτικοί σκοποί περιλαμβάνουν την αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων (συμπεριφορική ενεργοποίηση), τη μείωση των αρνητικών σκέψεων (γνωσιακή αναδόμηση) και τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων προκειμένου να μειωθούν τα αισθήματα απελπισίας του εφήβου. Εκτός από τις ατομικές συνεδρίες με τον έφηβο, πραγματοποιούνται συνεδρίες με τους γονείς του για να ανασκοπηθεί η πορεία της θεραπείας και να ενισχυθεί η ενεργητική συμμετοχή του εφήβου στις εργασίες για το σπίτι που ανατίθενται στο πλαίσιο της θεραπείας. Από την άλλη πλευρά, η διαπροσωπική θεραπεία έχει ως θεραπευτικό στόχο τα διαπροσωπικά προβλήματα του εφήβου για τη βελτίωση της διαπροσωπικής του λειτουργικότητας και της διάθεσής του. Οι θεραπευτικοί σκοποί περιλαμβάνουν την αναγνώριση των περιοχών των διαπροσωπικών προβλημάτων, τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων και την τροποποίηση των μοτίβων επικοινωνίας του εφήβου. Εκτός από τις ατομικές συνεδρίες με τον έφηβο, πραγματοποιούνται συνεδρίες με τους γονείς του σε ειδικές φάσεις της θεραπείας.

Η αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμη σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις. Η απόφαση να αντιμετωπιστεί με αντικαταθλιπτικό φάρμακο η περίπτωση ενός εφήβου πρέπει να βασίζεται στην κλινική κατάσταση του εφήβου και στον βαθμό της εποπτείας/παρακολούθησης του εφήβου στο κλινικό πλαίσιο και το σπίτι. Η επανεκτίμηση και η μετα-παρακολούθηση είναι απαραίτητη δεδομένου του αυξημένου κινδύνου αυτοκτονικότητας κατά τους δύο πρώτους μήνες θεραπείας με αντικαταθλιπτικό φάρμακο².

Η χρήση ενός εκλεκτικού αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) ενδείκνυται όταν υπάρχει σαφής κλινική εμφάνιση ΜΚΔ χωρίς συννοσηρές καταστάσεις. Η συγκατάθεση του ασθενούς και των γονέων του είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη της φαρμακοθεραπείας. Ο έφηβος και οι γονείς του πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με τις δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες, συμπεριλαμβανόμενων της πιθανότητας εμφάνισης μανιακού επεισοδίου, ψυχοκινητικής διέγερσης και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Εφόσον αρχίσει η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή και γίνει καλά ανεκτή από τον ασθενή, ο γιατρός πρέπει να διασφαλίσει τη βέλτιστη δόση και διάρκεια της θεραπείας με σκοπό τη μέγιστη θεραπευτική αποτελεσματικότητα.

Ο Πίνακας 1 απαριθμεί τις συνιστώμενες δραστικές ουσίες SSRI για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην εφηβεία. Να σημειωθεί ότι οι θεραπευτικές δόσεις για τους εφήβους είναι χαμηλότερες από τις δόσεις για τους ενηλίκους και ότι μόνο η φλουοξετίνη είναι εγκεκριμένη από το FDA για παιδιά και εφήβους με κατάθλιψη². Όπως με κάθε θεραπευτικό παράγοντα, ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τις δυνητικές αλληλεπιδράσεις των SSRI με άλλα φάρμακα. Επίσης, πρέπει να γνωρίζει ότι η διακοπή όλων των SSRI, με εξαίρεση τη φλουοξετίνη, πρέπει να γίνει προγραμματισμένα με σταδιακή μείωση της χορηγούμενης δόσης προκειμένου

Πίνακας 1. Τιτλοποίηση SSRI στη θεραπεία της εφηβικής κατάθλιψης

Δραστική ουσία	Δόση έναρξης (mg)	Σταδιακή αύξηση δόσης (mg)	Θεραπευτική δόση (mg)	Μέγιστη δόση (mg)	Αντενδείξεις
Εσιταλοπράμη	5	5	10	20	MAOI*
Παροξετίνη	10	10	20	60	MAOI*
Σερτραλίνη	25	12.5-25	50	200	MAOI*
Σιταλοπράμη	10	10	20	60	MAOI*
Φλουβοξαμίνη	50	50	150	300	MAOI*
Φλουοξετίνη	10	10-20	20	60	MAOI*

*MAOI = Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης

να αποφευχθούν φαινόμενα απόσυρσης.

Η διαχείριση των καταθλιπτικών, αυτοκτονικών ή δυνητικά αυτοκτονικών εφήβων ασθενών πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνει ένα σχέδιο διασφάλισης της ζωής και της ακεραιότητας του ασθενούς. Αυτό το σχέδιο συνίσταται στα εξής:

- Δίνονται οδηγίες στην οικογένεια για απομάκρυνση μέσων επικίνδυνων για τέλεση αυτοκτονικής απόπειρας (π.χ. φάρμακα, αλκοόλ, μαχαίρια/ξυράφια, όπλα, σχοινιά κ.τ.λ.).
- Εκπαιδεύεται η οικογένεια στην αναγνώριση και παρακολούθηση προειδοποιητικών σημείων αυτοκτονικής πράξης.
- Καλλιεργείται η ενεργητική συμμετοχή του δυνητικά αυτοκτονικού εφήβου στη θεραπεία.
- Συμφωνείται με τον έφηβο η επείγουσα επικοινωνία με τον γιατρό ή άλλη διαθέσιμη υπηρεσία σε περίπτωση που βιώσει έντονη αυτοκτονικότητα.
- Προγραμματίζονται τακτικές συναντήσεις μετα-παρακολούθησης.

6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι μία σοβαρή διαταραχή με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας, υποτροπής και χρονιότητας. Περίπου το 8% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών στον γενικό πληθυσμό βιώνουν στη διάρκεια ενός έτους τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΜΚΔ. Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στους εφήβους είναι παρόμοια με τους ενήλικους, αλλά με διαφορές λόγω του σταδίου της σωματικής, συναισθηματικής, νοητικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Ένα σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της ανίχνευσης/αναγνώρισης της κατάθλιψης στην εφηβεία είναι ο συστηματικός έλεγχος για πιθανή παρουσία παραγόντων κινδύνου που αυξάνουν την

πιθανότητα κατάθλιψης, καθώς και ο έλεγχος για την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης στους εφήβους που βρίσκονται σε κίνδυνο για την εμφάνιση της διαταραχής. Τα πιο συχνά συμπτώματα που μπορεί να αποτελούν ένδειξη εφηβικής κατάθλιψης στην ΠΦΥ είναι η αϋπνία, η απώλεια βάρους, η πτώση στη σχολική επίδοση και οι οικογενειακές συγκρούσεις. Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης (π.χ. συστηματική παρακολούθηση, ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις). Οι έφηβοι και οι οικογένειές τους πρέπει να ενημερώνονται για τα αίτια της κατάθλιψης, τα συμπτώματα, την πορεία της διαταραχής, τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τους κινδύνους που προκύπτουν από τη μη λήψη της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Τέλος, η διαχείριση των καταθλιπτικών, αυτοκτονικών ή δυνητικά αυτοκτονικών εφήβων ασθενών πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνει ένα σχέδιο διασφάλισης της ζωής και της ακεραιότητας του ασθενούς.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D, GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics* 2007, 120:1299-1312.
2. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein REK and the GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics* 2007, 120:1313-1326.
3. Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner AC, Perrin EM, Viswanathan M. Screening for major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2016, 164:342-349.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2015.
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007, 46:1503-1526.
6. Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M, Bellantuono C. Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013, 17:1546-1551.
7. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002, 11:619-637.
8. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, Biederman J, Goldsmith HH, Kaufman J, Lewinsohn PF, Hellander M, Hoagwood K, Koretz DS, Nelson CA, Leckman JF. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2002, 52:529-542.
9. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med* 2006, 31(6 Supplement 1):104-125.
10. Ringeisen H, Miller S, Munoz B, Rohloff H, Hedden SL, Colpe LJ. Mental health ser-

- vice use in adolescence: findings from the National Survey on Drug Use and Health. *Psychiatr Serv* 2016.
11. Cheung A. Canadian community health survey: major depressive disorder and suicidality in adolescents. *Health Policy* 2006, 2:76-89.
 12. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health* 2002, 30:196-204.
 13. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:225-231.
 14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40(7 Supplement):24-51.
 15. Huey SJ Jr, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG. Predictors of treatment response for suicidal youth referred for emergency psychiatric hospitalization. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005, 34:582-589.
 16. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Biol Psychiatry* 2001, 49:1111-1120.
 17. Needham BL. Adolescent depressive symptomatology and young adult educational attainment: an examination of gender differences. *J Adolesc Health* 2009, 45:179-186.
 18. Rubin AG, Gold MA, Primack BA. Associations between depressive symptoms and sexual risk behavior in a diverse sample of female adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009, 22:306-312.
 19. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry* 2001, 49:1002-1014.
 20. Ozer EM, Zahnd EG, Adams SH, Husting SR, Wibbelsman CJ, Norman KP, Smiga SM. Are adolescents being screened for emotional distress in primary care? *J Adolesc Health* 2009, 44:520-527.
 21. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, Gupta VB, Tonniges TP, O'Connor KG. Pediatricians reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics* 2006, 116:174-179.
 22. Kessler RC, Olfson M, Berglund PA. Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1998, 155:62-69.
 23. Cooper S, Vilely RJ, Polaha J, Begeny J, Evans JH. (2006). Running out of time: physician management of behavioral health concerns in rural pediatric primary care. *Pediatrics* 2006, 118:132-138.
 24. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002, 159:909-916.
 25. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985, 21:995-998.
 26. Giannakopoulos G, Kazantzi M, Dimitrakaki C, Tsiantis J, Kolaitis G, Tountas Y. Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009, 18:485-492.
 27. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003, 41:1284-1294.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποιο από τα παρακάτω μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην εφηβεία;
Α. Σημαντική απώλεια βάρους
Β. Αϋπνία
Γ. Κόπωση
Δ. Όλα τα παραπάνω
2. Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
3. Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
4. Οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες ΠΦΥ συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
5. Ποιο από τα παρακάτω δεν αποτελεί βασικό συστατικό στη διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης στην ΠΦΥ;
Α. Διατήρηση της ασφάλειας του εφήβου
Β. Συνεργασία με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων
Γ. Αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία
Δ. Φροντίδα της σωματικής υγείας του εφήβου

6. Η ψυχική οικονομία των διαταραχών πρόσληψης τροφής: Ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία, επεισοδιακή υπερφαγία

Ευγενία Σουμάκη¹, Κωνσταντίνα Μαγκλάρα²

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία αποτελούν τις κύριες διαταραχές πρόσληψης τροφής και χαρακτηρίζονται αμφότερες από υπεραξιολόγηση και υπεραπασχόληση με την σωματική εικόνα και το σωματικό βάρος. Είναι συχνότερες στα κορίτσια και η έναρξη τους επισυμβαίνει συνήθως κατά την εφηβεία.
- Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται, είτε από αυτοπροκαλούμενη και σημαντική απώλεια σωματικού βάρους, είτε από αδυναμία επίτευξης της προσδοκώμενης για την ηλικία αύξησης του σωματικού βάρους, όταν πρόκειται για ασθενείς προεφηβικής ηλικίας.
- Όσον αφορά στην ψυχογενή βουλιμία, οι ασθενείς καταφεύγουν συχνά σε περιοριστικές δίαιτες, που διακόπτονται από επεισόδια ακραίας υπερφαγίας (βουλιμικά). Τα επεισόδια αυτά χαρακτηρίζονται από αίσθηση απώλειας ελέγχου και ακολουθούνται από συμπεριφορές κάθαρσης.
- Οι περισσότερες ιατρικές επιπλοκές στην ψυχογενή ανορεξία προέρχονται από την εξαιρετικά περιορισμένη πρόσληψη τροφής και το συνακόλουθο χαμηλό σωματικό βάρος, και συνήθως αναστρέφονται με την επανασίτιση, ενώ στην ψυχογενή βουλιμία οι ιατρικές επιπλοκές είναι αποτέλεσμα συνήθως των συμπεριφορών κάθαρσης των ασθενών.
- Η αξιολόγηση των ανορεκτικών και βουλιμικών ασθενών περιλαμβάνει παιδιατρική, παιδοψυχιατρική, ψυχολογική, οικογενειακή και διαιτητική εκτίμηση.
- Οι θεραπείες μπορεί να είναι ενδονοσοκομειακού ή εξωνοσοκομειακού τύπου και περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές, φαρμακολογικές, διαιτητικές παρεμβάσεις και συνδυασμούς αυτών.

¹Παιδοψυχίατρος, Ψυχαναλύτρια ΕΕΨΨ, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιστημονικά Υπεύθυνη Διαγνωστικής & Θεραπευτικής Μονάδας για το Παιδί, «Σπ.Δοξιάδης», ²Παιδοψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

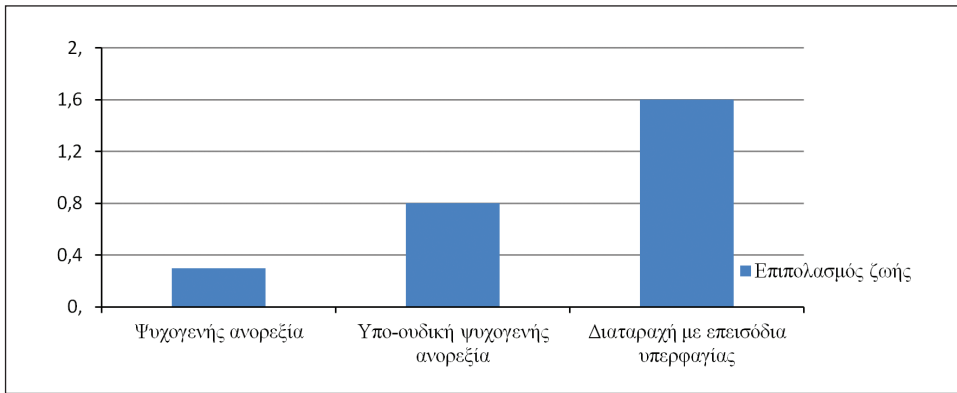
Τα τελευταία χρόνια ένα μεγάλος αριθμός εργασιών και μελετών είναι αφιερωμένος στις διαταραχές της διατροφής έχοντας ως επίκεντρο τα συμπτώματα τους, εξαιτίας της κυριαρχικής παρουσίας τους στην κλινική εικόνα και της επικινδυνότητας τους για την σωματική υγεία. Η ψυχανάλυση, προσπαθεί να κατανοήσει αυτή την παθολογία διότι, πίσω από την θεαματική συμπτωματολογία της κρύβεται μια πολύμορφη και περίπλοκη παθολογία του Εγώ, στην οποία εμπλέκεται μια ειδική δυναμική των πρωταρχικών σχέσεων μητέρας-βρέφους με πρώιμες ναρκισσιστικές ελλείψεις.

Οι διατροφικές διαταραχές καταλαμβάνουν μια θέση τομής, στο σταυροδρόμι ανάμεσα στην παιδική και ενήλικη ζωή, ανάμεσα στο σωματικό και το ψυχικό, ανάμεσα στο ατομικό και το κοινωνικό. Θέση που αποκαλύπτει τον υπάρχοντα σύνδεσμο ανάμεσα σε αυτές τις διαταραχές και στις διεργασίες αποχωρισμού και αλλαγής προς την αυτονομία. Η αδυναμία ψυχικής επεξεργασίας αυτής της αναγκαιότητας για την ψυχική ανάπτυξη φάσης, έχει ως συνέπεια την διαστρέβλωση της αναπτυξιακής πορείας και την καταφυγή σε μια εξαρτητική συμπεριφορά και σε μια ψυχοσωματική «λύση». Στο σεμινάριο θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην κλινική και θεραπευτική εργασία. Άλλωστε αυτές οι διαταραχές, συνιστώντας οι ίδιες ένα υποκατάστατο της ανθρώπινης σχέσης, αποτελούν μια πραγματική θεραπευτική πρόκληση.

2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής στην εφηβεία χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους και την πρόσληψη τροφής, υπερ-αξιολόγηση του σωματικού βάρους και της σωματικής εικόνας και συνοδεύονται από ανεπαρκή, ακανόνιστη ή χαοτική πρόσληψη τροφής. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πιο συχνές στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες και συνήθως πρωτοεμφανίζονται στην όψιμη εφηβεία, μεταξύ δεκαέξι και είκοσι ετών. 2-4% των κοριτσιών εφηβικής ηλικίας και των νεαρών ενηλίκων γυναικών αναπτύσσουν το πλήρες σύνδρομο των διαταραχών πρόσληψης τροφής (νευρογενής ανορεξία, βουλιμία ή διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας), ενώ υποκλινικές αποκλίνοσες διατροφικές συμπεριφορές υπολογίζεται ότι επηρεάζουν μέχρι και το 25% των εφήβων γυναικών¹. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι εμμένουσες, έχουν χρονίζουσα πορεία, ενώ η αντιμετώπισή τους θέτει αρκετές προκλήσεις. Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται ο επιπολασμός ζωής κάποιων διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ εφήβων κοριτσιών ηλικίας 13 έως 18 ετών, όπως προέκυψε από μια μεγάλη πρόσφατη μελέτη με δείγμα 10,123 εφήβων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής².

Πολλαπλοί παράγοντες εμπλέκονται στην αιτιολογία των διαταραχών πρόσλη-



Εικόνα 1. Επιπολασμός ζωής διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ εφήβων κοριτσιών ηλικίας 13 έως 18 ετών στις Η.Π.Α.

ψης τροφής. Ο συνδυασμός κοινωνικών, πολιτισμικών, οικογενειακών, βιολογικών και νευροαναπτυξιακών παραγόντων μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία του/της εφήβου, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάπτυξη διαταραχής πρόσληψης τροφής³. Οι ενδείξεις υπέρ μιας γενετικής προδιάθεσης είναι πολλαπλές, ενώ μελέτες οικογένειας συμφωνούν στο ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής μπορεί να μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου. Μελέτες που διερευνούν πιθανές αιτιολογικές τροχιές που οδηγούν σε διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν δείξει ότι, ενώ το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται με μη υγιείς διατροφικές συμπεριφορές, δεν φαίνεται να σχετίζεται με συμπεριφορές διαταραχής πρόσληψης τροφής. Οι παράγοντες κινδύνου που έχουν αναγνωριστεί έως σήμερα περιλαμβάνουν το φύλο, την εθνικότητα, το πολύ αυξημένο προηγούμενο σωματικό βάρος, τον περιοριστικό τύπο διαίτας, τις ανησυχίες σε σχέση με την σωματική εμφάνιση, την χαμηλή ή αρνητική αυτοπεποίθηση, την προβληματική ενδο-οικογενειακή επικοινωνία (περιορισμένη επαφή/ επικοινωνία, υψηλές προσδοκίες), την προηγούμενη ψυχιατρική νοσηρότητα (ιδιαίτερα την κοινωνική φοβία και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή), το ατομικό ιστορικό σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης και το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών πρόσληψης τροφής, κατάθλιψης ή κατάχρησης ουσιών.

Σημαντική είναι επίσης η θνησιμότητα, που συνδέεται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Συγκεκριμένα, για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής γενικά υπολογίζεται ότι η συνολική αδρή θνησιμότητα (“crude mortality rate”) είναι 6-8%, ενώ η ετήσια θνησιμότητα για την ψυχογενή ανορεξία υπολογίζεται σε 5.1 θανάτους (95% CI, 3.99-6.14) ανά 1000 άτομα/ έτη, εκ των οποίων 1.3 θάνατοι οφείλονται σε αυτοκτονία⁴.

Συνολικά λοιπόν, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εμφανίζονται να είναι ιδιαίτερα συχνές στον πληθυσμό των εφήβων, με επιπολασμό ζωής μεταξύ των κορι-

τσιών που ξεπερνά το 7%. Επιπλέον, οι διαταραχές αυτές συσχετίζονται με σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ελλείμματα λειτουργικότητας, αυτοκτονικότητα και αυξημένη συνολική θνησιμότητα. Οι πολλαπλές δε θεραπευτικές ανάγκες αυτών των διαταραχών, πολλές από τις οποίες δεν καλύπτονται από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας, καθιστούν τις διαταραχές αυτές ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας.

3. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από ακραία απώλεια σωματικού βάρους προκαλούμενη από το ίδιο το άτομο. Οι αιτίες της παραμένουν άγνωστες, αλλά κοινωνικοπολιτισμικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες, καθώς και ποικίλες ψυχοκοινωνικές διαδικασίες και μια ευάλωτη προσωπικότητα ίσως παίξουν σημαντικό ρόλο.

Τα τελευταία χρόνια η ψυχογενής ανορεξία παρατηρείται ολοένα και συχνότερα, ιδιαίτερα στον ανεπτυγμένο κόσμο. Αρκετοί έχουν διατυπώσει την άποψη ότι η παρατηρούμενη αύξηση μπορεί να μην είναι μια αληθής αύξηση του επιπολασμού της νόσου, αλλά κυρίως το αποτέλεσμα υψηλότερων ποσοστών οικογενειών που καταφεύγουν στις υπηρεσίες για αναζήτηση βοήθειας, καθώς και αλλαγών στις διαγνωστικές διαδικασίες, που ίσως έχουν οδηγήσει σε καλύτερο εντοπισμό της νόσου. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο η ψυχογενής ανορεξία δεν θεωρείται πια μια σπάνια νόσος. Ο επιπολασμός της ψυχογενούς ανορεξίας κυμαίνεται μεταξύ 0.5% και 1% σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας και υπολογίζεται ότι εμφανίζεται 10 με 20 φορές πιο συχνά στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Στις ηλικίες 15 και 16 ετών, για παράδειγμα, η συνολική επίπτωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι πενταπλάσια αυτής του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και δεκαπλάσια αυτής της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Σε κλινικά δείγματα ενηλίκων η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί το 10-15% όλων των περιπτώσεων διαταραχής πρόσληψης τροφής, ενώ η αναλογία σε δείγματα εφήβων είναι λίγο υψηλότερη, παραμένοντας ωστόσο η λιγότερο κοινή από τις διαγνωστικές κατηγορίες των διαταραχών πρόσληψης τροφής⁵.

Η εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται ανάμεσα στο 10^ο και το 30^ο έτος της ηλικίας, με την πιο κοινή ηλικία εμφάνισης να εμπίπτει συνήθως εντός του ηλικιακού φάσματος 10 έως 18 ετών, με μέση ηλικία έναρξης τα 14 έτη. Σχεδόν το 5% των περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας εμφανίζεται για πρώτη φορά μετά το 20 έτος της ηλικίας. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι η διαταραχή εμφανίζεται συχνότερα σε εφήβους υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων και ίσως να είναι πιο συχνή σε αναπτυγμένες χώρες και σε επαγγέλματα στα οποία η λεπτή φιγούρα είναι σημαντική, όπως είναι το μόντελινγκ, το μπαλέτο, η γυμναστική και το καλλιτεχνικό πατινάτζ.

3.1. Διάγνωση

Με βάση την αναθεωρημένη 4η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM-IV-TR6 για να τεθεί η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, τα ακόλουθα κριτήρια πρέπει να πληρούνται:

- Άρνηση διατήρησης του σωματικού βάρους πάνω από ένα ελάχιστο όριο για την ηλικία και το ύψος και επίμονες προσπάθειες για απώλεια και διατήρηση εξαιρετικά χαμηλού σωματικού βάρους (π.χ. σωματικό βάρος χαμηλότερο του 85% του αναμενόμενου ή σε ό,τι αφορά στα παιδιά και στους εφήβους δείκτης μάζας σώματος κατώτερος του δευτέρου εκατοστημορίου για την αντίστοιχη ηλικία).
- Έντονος φόβος πάχυνσης, ακόμη και αν είναι λιποβαρής.
- Υπεραξιολόγηση του σωματικού βάρους και εμφάνισης. Η αξία του ατόμου κρίνεται κυρίως με βάση το βάρος και την σωματική εμφάνιση, καθώς και την ικανότητα ελέγχου αυτών.
- Αμηνόρροια σε κορίτσια μετεφηβικής ηλικίας.

Το DSM-IV-TR διακρίνει τους εξής δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας με βάση την παρουσία επεισοδίων υπερφαγίας ή συμπεριφορών κάθαρσης (π.χ. αυτο-προκαλούμενος έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων): περιοριστικός τύπος και τύπος με επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης. Οι ανορεκτικοί ασθενείς με επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης είναι πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση ουσιών ή να έχουν μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, ενώ παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων, ασταθή διάθεση και αυτοκτονικότητα⁶.

Αν και στην καθημερινή κλινική πράξη εξακολουθεί να χρησιμοποιείται η έκδοση DSM-IV-TR, τον Μάιο του 2013 δημοσιεύτηκε η 5η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM, που αναμένεται να χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο στα επόμενα έτη. Ενδιαφέρουσες είναι οι διαφορές μεταξύ των δύο αυτών εκδόσεων ως προς την ψυχογενή ανορεξία. Έτσι, το κριτήριο Α εστιάζει πλέον περισσότερο στις συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα ο περιορισμός πρόσληψης θερμίδων, και δεν περιλαμβάνει πια την λέξη «άρνηση» ως προς την διατήρηση του σωματικού βάρους, μιας και κάτι τέτοιο υπονοεί πρόθεση από την πλευρά του ασθενούς, κάτι που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Επίσης, το κριτήριο Δ που απαιτεί αμηνόρροια ή απουσία τριών εμμηνορρυσιακών κύκλων θα διαγραφεί. Το κριτήριο αυτό δεν βρίσκει εφαρμογή στο αντρικό φύλο, προεμμηνορρυσιακά κορίτσια, γυναίκες που λαμβάνουν από του στόματος αντισυλληπτικά και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα άτομα παρουσιάζουν όλα τα υπόλοιπα συμπτώματα και σημεία της ανορεξίας, αλλά μπορεί να εξακολουθούν να εμφανίζουν κάποια εμμηνορρυσιακή δραστηριότητα.

3.2. Αναπτυξιακό ιστορικό

Το αναπτυξιακό ιστορικό των εφήβων αυτών παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά⁷. Η ψυχογενής ανορεξία ανάγεται σε μια προοιδιπόδεια φάση της ανάπτυξης. Κύριο θέμα αποτελεί η σχέση προσκόλλησης με μια κυριαρχική και ελεγκτική μητέρα, εξωτερικά δοτική, ενώ συναισθηματικά στερητική. Η προσφορά και η φροντίδα της μητέρας είναι ατελείωτη και οι ενοχές έντονες, καθώς προσπαθεί να επανορθώσει για όσα δεν μπόρεσε να προσφέρει στο βρέφος. Στην πρώιμη αυτή σχέση επιβαρυντικό ρόλο διαδραματίζει η έλλειψη ενσυναίσθησης από τη μητέρα, η μη σύντονη ανταπόκρισή της στις συναισθηματικές ανάγκες του βρέφους-παιδιού, με αποτέλεσμα σημαντικά εμπόδια στην απαρτίωση της δόμησης του ψυχικού του κόσμου.

Τα αναπτυξιακά επιτεύγματα αναφέρονται να έχουν κατακτηθεί με ακρίβεια, τα δε βρέφη περιγράφονται παθητικά με απουσία επιθετικών στοιχείων. Πληροφορίες από το ιστορικό των παιδιών αυτών λείπουν και όσον αφορά τη φάση «προσέγγισης» της Mahler, αλλά και την περίοδο «αρνητισμού» και «εναντίωσης» στις ηλικίες 24-36 μήνες⁸. Κατά τη φάση του οιδιπόδειου αναφέρεται άγχος αποχωρισμού αρχικά, με πλήρη συμμόρφωση στη συνέχεια.

Η σχέση της ανορεκτικής εφήβου είναι αμφιθυμική και εξαρτητική. Η δυαδική αυτή σχέση στηρίζεται σε διπλά μηνύματα επικοινωνίας, καθώς η μητρική φιγούρα εμποδίζει τη διαφοροποίηση του παιδιού σε κάθε φάση της ανάπτυξής του.

Στην εφηβεία επαναδραστηριοποιούνται τα άλυτα θέματα γύρω από τη διαφοροποίηση και η σχέση μητέρας-κόρης γίνεται έντονα ανταγωνιστική. Το Εγώ στρέφεται ενάντια στην ικανοποίηση των ενορμήσεων και η ευχαρίστηση επιτυγχάνεται μέσω του αυστηρού ελέγχου και της κυριαρχίας στο σώμα. Η υπερκινητικότητα, η απομόνωση και η άρνηση της τροφής αντιμάχονται τις επιθυμίες συγχώνευσης και την επιθετικότητα προς το μητρικό αντικείμενο.

Ο πατέρας της ανορεκτικής εφήβου είναι μια επιφανειακά δυνατή, αλλά ουσιαστικά αδύναμη γονική φιγούρα. Περιγράφεται δε παθητικός και υποταγμένος, μη ικανός λόγω των δικών του ελλειμμάτων να διευκολύνει την ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού του. Η οιδιποδειακή επένδυση είναι μια προσπάθεια του παιδιού να ξεφύγει από την ελλειμματική σχέση με τη μητέρα, αλλά τοποθετεί από αρκετά νωρίς τον ανταγωνισμό ανάμεσα σε μητέρα-κόρη δημιουργώντας μια ψευδο-σεξουαλικότητα ανάμεσα σε πατέρα-κόρη, που αυξάνει τη σύγχυση του παιδιού μακροπρόθεσμα.

Η οικογένεια χαρακτηρίζεται από ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης. Παρατηρείται σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία με αποτέλεσμα Παγιδευτική εμπλοκή των μελών. Στόχος είναι η αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων. Η σχέση των γονιών είναι συχνά σαδομαζοχιστική, ενώ η πάθηση του εφήβου αποτελεί άλλοθι για τη διατήρηση της οικογενειακής δομής.

3.3. Κλινικά Χαρακτηριστικά

Η πλειονότητα των κλινικών χαρακτηριστικών της ψυχογενούς ανορεξίας σχετίζεται με την υπεραξιολόγηση της σωματικής εμφάνισης και του σωματικού βάρους, γεγονός που οδηγεί σε μία συνεχή προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους. Πολλοί ασθενείς προβληματίζονται εμμονικά με τη σωματική τους εμφάνιση, τείνουν να επικεντρώνονται σε περιοχές που δεν τους ικανοποιούν οπτικά, ζυγίζονται συχνά και μπορεί να γίνονται καταναγκαστικοί ακόμα και με μικρές διακυμάνσεις του σωματικού τους βάρους, ενώ άλλοι αποφεύγουν τη ζύγιση ή το να κοιτάζουν το σώμα τους, το οποίο και βρίσκουν άσχημο ή/ και μη αποδεκτό. Στην ψυχογενή ανορεξία η στέρηση τροφής είναι επιβαλλόμενη από το ίδιο το άτομο και δεν οφείλεται σε καταστάσεις έλλειψής της, ενώ τα περισσότερα συμπτώματα που παρατηρούνται είναι άμεσα συνδεδεμένα με την ασιτία. Χαρακτηριστικό είναι ότι, τουλάχιστον κατά την έναρξη της διαδρομής της διαταραχής, δεν παρατηρείται ανορεξία, παρά εκούσια επιβολή περιορισμού της πρόσληψης θερμίδων, παρά το φυσιολογικό επίπεδο όρεξης. Καταθλιπτική και ασταθής διάθεση, ευερεθιστότητα, φτωχή ικανότητα συγκέντρωσης, αγχώδη στοιχεία και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, που περιλαμβάνουν μια εμμονικού τύπου σκέψη για το φαγητό παρατηρούνται συχνά. Πολλοί ασθενείς μοιάζουν να σκέφτονται συνεχώς το φαγητό και μπορεί να αναπτύσσουν παράδοξα τελετουργικά σίτισης, για παράδειγμα ξεκινούν να τρώνε πολύ αργά ή αραιώνουν το φαγητό τους ή το κόβουν σε μικρά κομμάτια για να δείχνει περισσότερο και συλλέγουν βιβλία μαγειρικής ή συνταγές, τις οποίες συχνά και εκτελούν για τους φίλους ή τις οικογένειές τους. Νευροδιαβιβαστές, όπως η σεροτονίνη και οι κατεχολαμίνες, πεπτίδια, όπως το παγκρεατικό πολυπεπτίδιο και η γαστρίνη, η συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα και τα επίπεδα ινσουλίνης έχουν εμπλακεί στους αιτιολογικούς μηχανισμούς ανάπτυξης της ψυχογενούς ανορεξίας.

3.4. Σωματικά Συμπτώματα

Οι περισσότερες από τις κλινικές επιλοκές που παρατηρούνται στη νευρογενή ανορεξία προκαλούνται κατά κύριο λόγο από την ιδιαίτερος περιορισμένη πρόσληψη τροφής και το συνακόλουθο χαμηλό σωματικό βάρος. Η πλειονότητά τους αναστρέφεται με την επανασίτιση, την επίτευξη φυσιολογικού σωματικού βάρους και την απόκτηση υγιών συνηθειών διατροφής. Συχνά συμπτώματα αποτελούν η δυσανεξία στο κρύο, η δυσκοιλιότητα, οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις, η μειωμένη γαστρική κινητικότητα και η καθυστέρηση κένωσης του γαστρικού περιεχομένου, η υπερκινητικότητα, η ζάλη, η κεφαλαλγία, ο ελλιπής κινητικός έλεγχος, τα προβλήματα ύπνου με πρόωμη αφύπνιση, η μειωμένη θερμοκρασία σώματος, ο μειωμένος καρδιακός ρυθμός και ο μειωμένος βασικός μεταβολικός ρυθμός, καθώς και η αύξηση της τριχοφυΐας βρεφικού τύπου (lanugo). Η αμηνόρροια είναι αποτέλεσμα του υπογοναδισμού που προκαλείται από την ασιτία και στο 20-30% των ασθενών με

ανορεξία εμμένει παρά την αύξηση του σωματικού βάρους. Συχνά παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα ορμονών, υψηλά επίπεδα ηπατικών ενζύμων και αμυλάσης, ήπια αναιμία και λευκοπενία και ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες. Το χαμηλό σωματικό βάρος σχετίζεται με μειωμένη οστεοσύνθεση και αυξημένη οστική αποσύνθεση, που οδηγούν σε οστεοπενία⁹.

3.5. Συννοσηρότητα

Η συννοσηρότητα είναι εξαιρετικά συχνή στην ψυχογενή ανορεξία. Συγκεκριμένα, εμφανίζονται 68% μείζων κατάθλιψη, 65% αγχώδεις διαταραχές, 34% κοινωνική φοβία, 26% ψυχαναγκαστική διαταραχή και 23-80% διαταραχή προσωπικότητας.

4. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από συνεχείς προσπάθειες περιορισμού πρόσληψης τροφής, οι οποίες διακόπτονται από επεισόδια υπερφαγίας, κατά τα οποία οι ασθενείς καταναλώνουν συνήθως περίπου 1000-2000 θερμίδες. Τα περισσότερα τέτοια επεισόδια ακολουθούνται από επανορθωτικές συμπεριφορές με σκοπό την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους. Η εναλλαγή τέτοιων επεισοδίων έχει ως αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς με βουλιμία να παραμένουν εντός των φυσιολογικών ορίων σωματικού βάρους για την ηλικία τους. Οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία βρίσκονται ηλικιακά στην δεκαετία 20-30 ετών. Παρόλα αυτά, η διαταραχή πρωτοεμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ποικίλες μελέτες έχουν ερευνήσει την επιδημιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας και αναφέρουν επιπολασμό της νόσου μεταξύ 1.1% σε γυναίκες και 0,01% σε άντρες αθλητές φοιτητές, 1.8% σε κορίτσια και 0.3% σε αγόρια ηλικίας 14-16 ετών στην Σκανδιναβία, και επίπτωση της νόσου σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας λιγότερο του 2% στη Μεγάλη Βρετανία και του 4% στις ΗΠΑ. Στις δεκαετίες του '70 και '80 είχε αναφερθεί μια σχετικά απότομη αύξηση του επιπολασμού της ψυχογενούς βουλιμίας, ειδικά σε νεαρές γυναίκες υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου που ζούσαν στις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Σήμερα ωστόσο η ψυχογενής βουλιμία παρατηρείται και σε αναπτυσσόμενες χώρες¹⁰.

Η αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας είναι παρόμοια με τις άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σε αντίθεση με τη ψυχογενή ανορεξία όμως, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι υπάρχουν πολύ περιορισμένες ενδείξεις κληρονομικότητας στην ψυχογενή βουλιμία. Η παιδική και η γονεϊκή παχυσαρκία, το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, η πρώιμη εμμηνарχή, καθώς και ο αλκοολισμός και η κατάχρηση άλλων ψυχοδραστικών ουσιών των γονέων έχουν αναγνωρισθεί ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχογενούς βουλιμίας. Τέλος, άλλες μελέτες για την βουλιμία αναφέρουν διαταραχές στα επίπεδα διαφόρων νευροδιαβιβαστών,

νευροπεπτιδίων (όπως είναι το νευροπεπτίδιο Y και το πεπτίδιο YY) και ορμονών (π.χ. χολοκυστοκινίνης), που συνδέονται με τον κορεσμό, την όρεξη, αλλά και τις διατροφικές συνήθειες¹¹.

4.1. Διάγνωση

Σύμφωνα με το ταξινομητικό σύστημα DSM-IV-TR, τα ακόλουθα χαρακτηριστικά πρέπει να είναι παρόντα προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας⁶:

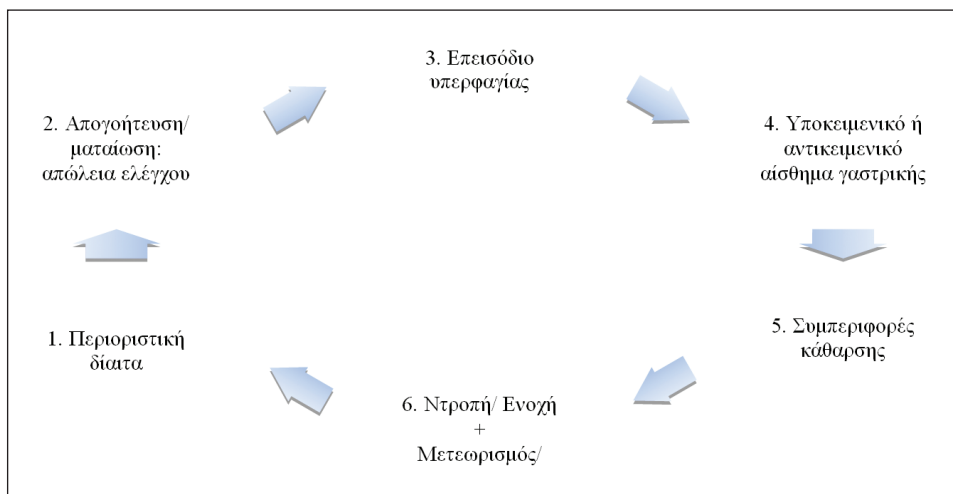
- Όπως και στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας η αξία του ατόμου κρίνεται κυρίως με βάση την σωματική εμφάνιση και το σωματικό βάρος
- Παρατηρούνται επεισόδια υπερφαγίας τουλάχιστον δυο φορές τη βδομάδα για τρεις μήνες. Κατά τη διάρκεια ενός τέτοιου επεισοδίου ο ασθενής καταναλώνει συνήθως σε λιγότερο από δύο ώρες ποσότητα φαγητού σημαντικά μεγαλύτερη από αυτή που θα καταλάβαιναν οι περισσότεροι άνθρωποι στην ίδια χρονική περίοδο. Επιπλέον, οι ασθενείς έχουν την αίσθηση ότι δεν είναι σε θέση να ελέγξουν την ποσότητα του φαγητού που προσλαμβάνουν κατά τη διάρκεια του επεισοδίου, ούτε μπορούν να σταματήσουν την συμπεριφορά αυτή.
- Παρατηρείται επίσης καταφυγή σε συμπεριφορές επανόρθωσης/ κάθαρσης, όπως είναι οι αυτο-προκαλούμενοι έμετοι με ή χωρίς χρήση εμετικών, οι δίαιτες νηστείας, οι ακραίες μορφές άσκησης και η κατάχρηση καθαρτικών, κατασταλτικών της όρεξης, θυρεοειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών, προκειμένου να εμποδιστεί η αύξηση του σωματικού βάρους.

Όπως και στην ψυχογενή ανορεξία, το DSM-IV-TR διακρίνει μεταξύ δυο τύπων ψυχογενούς βουλιμίας, με βάση την ύπαρξη ή όχι συμπεριφορών κάθαρσης (π.χ. αυτο-προκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών κλπ.) κατά τη διάρκεια του επεισοδίου: τον τύπο κάθαρσης και τον μη καθαρτικό τύπο. Τα ανωτέρω κριτήρια οδηγούν στη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, εφόσον οι συμπεριφορές αυτές δεν εμφανίζονται μόνον κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας. Στην 5^η έκδοση του ταξινομητικού συστήματος DSM η ελάχιστη απαιτούμενη συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας και των καθαρτικών συμπεριφορών, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της βουλιμίας, έχει μειωθεί σε μία φορά ανά εβδομάδα.

4.2. Κλινικά Χαρακτηριστικά

Οι περισσότεροι ασθενείς με βουλιμία είτε διατηρούν σωματικό βάρος εντός φυσιολογικών ορίων, είτε είναι ελαφρώς υπέρβαροι, με δεδομένο ότι τα αποτελέσματα της περιορισμένης πρόσληψης τροφής και των επεισοδίων υπερφαγίας αναιρούν το ένα το άλλο. Σαν αποτέλεσμα, η διαταραχή δεν γίνεται αντιληπτή από την εξωτερική εμφάνιση των ασθενών, οπότε και αποφεύγονται οι διάφορες σωματι-

κές και ψυχοκοινωνικές επιπλοκές του πολύ χαμηλού σωματικού βάρους. Στη ψυχογενή βουλιμία η διαίτα οδηγεί σε επεισόδια υπερφαγίας και ο φαύλος κύκλος ξεκινά, όπως καταδεικνύεται στην Εικόνα 2. Παρόλα αυτά, σε μια υποκατηγορία ασθενών με βουλιμία τα επεισόδια υπερφαγίας προηγούνται χρονικά της δίαιτας και οι ασθενείς αυτοί τείνουν να έχουν υψηλότερο σωματικό βάρος. Παρόλο που ασθενείς απασχολούνται συνεχώς με σκέψεις για την ποσότητα και την ποιότητα του φαγητού που θα έπρεπε να προσλάβουν, οι διατροφικές συνήθειες και τα διατροφικά μοτίβα είναι συνήθως χαοτικά. Οι ασθενείς με βουλιμία τον περισσότερο καιρό περιορίζουν τη διαίτά τους, γεγονός που οδηγεί στα επεισόδια υπερφαγίας. Η απώλεια ελέγχου στην προσλαμβανόμενη ποσότητα φαγητού ή στο θερμιδικό περιεχόμενο του φαγητού, που είναι υψηλότερο από αυτό που αρχικά ήταν το άτομο διατεθειμένο να καταναλώσει, οδηγεί σε απογοήτευση και αυτή με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε επεισόδιο υπερφαγίας. Στην επόμενη φάση του φαύλου αυτού κύκλου, οποιοδήποτε αντικειμενικό ή υποκειμενικό αίσθημα στομαχικής πληρότητας δύναται να οδηγήσει σε συμπεριφορές κάθαρσης. Αρχικά οι συμπεριφορές κάθαρσης προσφέρουν σε ορισμένες περιπτώσεις ένα αίσθημα ανακούφισης, το οποίο όμως σύντομα ακολουθείται από αισθήματα ενοχής και ντροπής. Τα συναισθήματα αυτά, ταυτόχρονα με τα ποικίλα γαστρεντερικά ενοχλήματα, όπως είναι ο μετεωρισμός και η δυσκοιλιότητα, που προκαλούνται από τα επεισόδια υπερφαγίας και τις συμπεριφορές κάθαρσης, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη περιοριστικού τύπου συμπεριφορών, γεγονός που ολοκληρώνει το κυκλικό μοτίβο εξέλιξης της ψυχογενούς βουλιμίας. Όλες οι ανωτέρω αναφερόμενες συμπεριφορές έχουν ως πρωταρχικό στόχο τον έλεγχο της συνολικής πρόσληψης τροφής. Παρό-



Εικόνα 2. Ο φαύλος κύκλος της ψυχογενούς βουλιμίας.

λα αυτά, οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν παρόμοια μοτίβα και για την ρύθμιση του συναισθήματός τους¹².

4.3. Σωματικές διαταραχές

Τα περισσότερα από τα ιατρικά προβλήματα που συναντώνται στη ψυχογενή βουλιμία είναι αποτέλεσμα των καθαρικών συμπεριφορών των ασθενών. Πολλά από τα συμπτώματα είναι δευτερογενή, εξαιτίας αφυδάτωσης, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, αλλά και του χαμηλού μεταβολισμού, που έχουν πολλοί βουλιμικοί ασθενείς. Το σωματικό βάρος δεν αποτελεί πάντοτε καλό δείκτη του βαθμού του υποσιτισμού. Η συντήρηση των αποθεμάτων ενέργειας γίνεται εξέχουσας σημασίας κατά την εξέλιξη της νόσου και το σώμα αντιδρά μειώνοντας τον βασικό μεταβολικό ρυθμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ασθενείς με φυσιολογικό σωματικό βάρος να έχουν χαμηλό μεταβολισμό. Στην ψυχιατρική συμπτωματολογία της ψυχογενούς βουλιμίας περιλαμβάνονται οι διαταραχές ύπνου, η ευερεθιστότητα, η επηρεασμένη ικανότητα συγκέντρωσης, τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, η μειωμένη λίμπιντο, το άγχος και το καταθλιπτικό συναίσθημα.

Οι διατροφικές διαταραχές εξαρτώνται από το ύψος του περιορισμού της πρόσληψης τροφής κατά το διάστημα που είναι ελεύθερο επεισοδίων υπερφαγίας, ενώ ταυτόχρονα οι συμπεριφορές κάθαρσης δεν ακυρώνουν πλήρως τις επιδράσεις της αυξημένης θερμιδικής πρόσληψης κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας. Οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά έχουν στρογγυλά πρόσωπα με διογκωμένες παρειές, ως αποτέλεσμα της κατακράτησης υγρών και των διογκωμένων σιελογόνων αδένων, που προκαλούν τα συχνά επεισόδια προκλητών εμέτων. Μυϊκή αδυναμία ή άλγος, κακουχία, υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες, δυσανεξία στο κρύο, πολουρία, αίσθημα γαστρικής πληρότητας και επιγαστραλγία συχνά περιγράφονται από τους ασθενείς. Υποκαλιαιμία και υποχλωραιμική αλκάλωση μπορεί επίσης να παρατηρηθεί. Οδοντικά προβλήματα προκαλούνται από τους αυτό-προκαλούμενους εμέτους. Η χρόνια χρήση ιπεκακούάνας μπορεί να προκαλέσει σκελετική μυοπάθεια, ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές και μυοκαρδιοπάθεια. Η αιμορραγία του οισοφάγου και η ρήξη του οισοφάγου ή του στομάχου είναι σοβαρές επιπλοκές, που επίσης μπορούν να παρατηρηθούν στην ψυχογενή βουλιμία. Συννοσηρές τέλος καταστάσεις, όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού μπορεί να αυξήσουν το άλγος και την ανάγκη του ασθενούς να προκαλέσει έμετο.

5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (BINGE EATING DISORDER)

Στην 5^η έκδοση του συστήματος DSM συμπεριλήφθηκε η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας ως ξεχωριστή κατηγορία διαταραχών πρόσληψης τροφής¹³. Στο DSM-IV η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας δεν αναγνωρίζονταν ως ανεξάρτητη

διαταραχή, παρά μπορούσε μόνο να διαγνωστεί χρησιμοποιώντας την υπολειπόμενη κατηγορία «διαταραχή πρόσληψης τροφής, μη καθοριζόμενη». Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας ορίζεται ως υποτροπιάζοντα επεισόδια πρόσληψης, μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, περισσότερης τροφής από εκείνη, που τα περισσότερα άτομα θα καταλάωναν κάτω από παρόμοιες συνθήκες, που συνδυάζονται με επεισόδια, που χαρακτηρίζονται από απώλεια ελέγχου. Άτομα με αυτήν τη διαταραχή μπορεί να τρώνε πολύ γρήγορα, ακόμη και όταν δεν είναι πεινασμένοι. Οι ασθενείς αυτοί βιώνουν συχνά συναισθήματα ενοχής, ντροπής ή αηδίας και μπορεί να επιδιώκουν να είναι μόνοι κατά τα επεισόδια υπερφαγίας για να μην τους παρατηρούν οι γύρω τους. Η διαταραχή αυτή συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα δυσφορίας και συμβαίνει τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα επί τριμήνου. Αυτή η αλλαγή στοχεύει μεταξύ άλλων να επιστήσει την προσοχή στις σημαντικές διαφορές μεταξύ της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας και του συνήθους φαινομένου της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Ενώ λοιπόν η υπερβολική κατανάλωση τροφής είναι μια πρόκληση για αρκετά άτομα, ιδιαίτερα σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, τα υποτροπιάζοντα επεισόδια υπερφαγίας είναι πολύ λιγότερο συχνά, πολύ περισσότερο σοβαρά και συσχετίζονται με σημαντικά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα.

6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η διαγνωστική διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί στο τακτικό ιατρείο, την κλινική ημέρας ή κατά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Η αξιολόγηση των ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνει παιδιατρική, ψυχιατρική, ψυχολογική, οικογενειακή και διαιτολογική εκτίμηση. Ενδελεχής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος κατά την υποδοχή των ασθενών. Τα περισσότερα κλινικά προβλήματα εμφανίζονται με παρόμοια συχνότητα σε ενήλικες και εφήβους. Παρόλα αυτά, οι έφηβοι διαφέρουν από τους ενήλικες τόσο στη φυσιολογία αλλά και στην ψυχολογική τους ανάπτυξη. Για τον λόγο αυτό, η διαχείριση τους χρειάζεται να λαμβάνει χώρα σε νοσοκομεία, κλινικές ημέρας ή τακτικά ιατρεία κατάλληλα για την ηλικία τους και επανδρωμένα με ειδικούς εκπαιδευμένους σε ζητήματα εφηβείας. Ιδανικά, οι έφηβοι θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα πλαίσια και όχι στις υπηρεσίες ενηλίκων. Η στρατηγική αντιμετώπισης χρειάζεται να συζητείται με τρόπο κατανοητό για τον ασθενή και κατάλληλο για την ηλικία του, μιας και η εξασφάλιση της συνεργασίας του ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας. Η συμμετοχή των γονέων ή των φροντιστών τους είναι εξέχουσας σημασίας. Και τούτο διότι οι γονείς αφενός μεν έχουν δικαιώματα, αφετέρου δε διότι μπορούν να παρέχουν λεπτομερές αναπτυξιακό ιστορικό του εφήβου, καθώς και διότι αναμένεται να έχουν ενεργητικό ρόλο στην διαδικασία των γευμάτων στο σπίτι. Ορισμένοι ειδικοί υποστηρίζουν

την επιλογή ξεχωριστής συνέντευξης μόνο για τους γονείς. Παρόλα αυτά τα οφέλη από την εφαρμογή μιας τέτοιας πρακτικής δεν είναι ξεκάθαρα, δεδομένου ότι πολλοί έφηβοι αντιδρούν με σκεπτικισμό, όταν αποκλείονται από συζητήσεις που αφορούν στα δικά τους προβλήματα.

7. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

7.1. Ψυχοδυναμική Προσέγγιση

Ο Freud προς τον Fliess έγραφε το 1889 ότι «η απώλεια της όρεξης αντιστοιχεί σε ερωτικό επίπεδο στην απώλεια της λιβιδούς». Οι πρώτες θεωρίες υποστήριζαν ότι η διαταραχή λειτουργεί ως άμυνα απέναντι στους φόβους, τις φαντασιώσεις ή τις επιθυμίες της ασθενούς για εγκυμοσύνη ή στοματική γονιμοποίηση. Η Sperling αναφέρει ότι οι ανεπίλυτες προ-οιδιοποδικές διεργασίες στη σχέση με τη μητέρα εμφανίζονται ως ψυχολογικές δυσκολίες στη ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού¹⁴.

Σε σχέση με την ένταξη του συμπτώματος έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες. Σύμφωνα με τον Freud εντάσσεται στο πλαίσιο της ψυχαναγκαστικής νεύρωσης ή της τυπικής υστερικής μετατροπής. Επίσης στο πλαίσιο της μελαγχολίας ως καταθλιπτικό υποκατάστατο. Ο P. Jeammet την εντάσσει σε μια ναρκισσιστική προβληματική με σαδομαζοχιστικά στοιχεία. Για την Bruch εντάσσεται στις διαταραχές της εικόνας του σώματος. Η Selvini, προτείνει να εντάσσεται στα πλαίσια μιας μονοσυμπτωματικής ψύωσης, ανάμεσα στην παρανοειδή και καταθλιπτική θέση. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι εντάσσεται και ως μια ειδική μορφή διαστροφής. Έχει καταδειχθεί ότι συχνά εμφανίζεται σε μια ποικιλία διαταραχών της προσωπικότητας με προ-οιδιοποδικά στοιχεία, όπως η οριακή, η καταθλιπτική ή η υστερική προσωπικότητα.

Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν δυσκολίες στη ψυχοσεξουαλική τους ανάπτυξη και μεγάλη αμφιθυμία απέναντι στη σεξουαλικότητα. Στην εφηβεία το άτομο για να ελέγξει τις εσωτερικές πιέσεις παλινδρομεί οπότε διαταράσσονται τρεις βασικοί τομείς του εγώ: η εικόνα του σώματός του, η αίσθηση ικανότητας και ελέγχου του εαυτού του και η αντίληψη του εαυτού του. Το άγχος του σεξουαλικού σώματος, όπως αυτό εκφράζεται με την άρνηση πρόσβασης στη γεννητική σεξουαλικότητα, αντιμετωπίζεται με την απάλειψη των στοιχείων του φύλου μέσω της απίσχνασης.

Για το ψυχικό «γίγνεσθαι» του ατόμου, η ανορεξία είναι μια λύση και ένας τρόπος να αποκτήσει τον έλεγχο όσων μέσα του βιώνονται ως ανεξέλεγκτα, ανυπόφορα και επικίνδυνα. Η ανάγκη για έλεγχο είναι προσπάθεια αυτοθεραπείας πάνω στο σώμα με στόχο την αίσθηση της ταυτότητας και διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας. Η έφηβη παρουσιάζει παράλληλα αίσθημα παντοδυναμίας και αδυναμίας, ανάγκη αυτονόμησης και επιθυμία συγχώνευσης, απαγόρευση ευχαρίστησης και επίμονη ενασχόληση μ' αυτή.

Στην ψυχογενή ανορεξία μοιάζει ο ελλειμματικός δεσμός με το μητρικό αντικείμενο να μεταβιβάζεται στη σχέση με το φαγητό μ' ένα σαδιστικό τρόπο και ο έλεγχος του φαγητού να οργανώνει ψυχικά τα κενά της πρώιμης σχέσης. Το παιδί βιώνει την εμπειρία ενός εαυτού σαν προέκταση της μητέρας και όχι σαν το κέντρο μιας δικής του αυτόνομης ύπαρξης, με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός ψευδούς Εαυτού.

7.2. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία

Στην Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία οι ασθενείς αυτοί αρνούνται τη σοβαρότητα της συνολικής τους κατάστασης ως επίσης και των μεμονωμένων στάσεων, ιδεών και συμπεριφορών. Η συνειδητή υπερηφάνεια και ένα αίσθημα «ηθικής ανωτερότητας» ενισχύουν την ικανότητα ελέγχου του σώματος, της σκέψης και κυρίως των συναισθημάτων που υπόκεινται στο μηχανισμό της μόνωσης και της μετάθεσης. Η προσπάθεια ελέγχου του θεραπευτή και της θεραπείας τους οδηγεί σε μια ρηχή φαντασιωσική ζωή και έλλειψη ελεύθερων συνειρμών για μεγάλο μέρος της θεραπείας.

Το αυστηρό και άκαμπτο Υπερεγώ τους οδηγεί σε βίαιη επικριτική στάση προς τους άλλους και προς τον εαυτό με συνέπεια να κρύβουν την επιθετικότητά τους κάτω από ένα πέπλο ορθής κρίσης και άκαμπτης ηθικής. Η εκδραμάτιση είναι μια συχνά επαναλαμβανόμενη άμυνα ενάντια στην αναλυτική κατανόηση καθώς οι ασθενείς αυτοί έχουν μια έντονη ανάγκη για άμεση ικανοποίηση.

Ο θεραπευτής γίνεται ο αποδέκτης όλου του αποκάλυπτου και συγκαλυμμένου θυμού τους και προκαλείται συνεχώς μέσω της αντιφατικής τους άρνησης για συνεργασία και της επικριτικής τους στάσης. Οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται από τους θεραπευτές συχνά ως «δύσκολοι» ασθενείς, καθώς η θεραπευτική διαδικασία δοκιμάζεται από έντονα μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα. Ο θεραπευτής χρειάζεται να διατηρεί την ουδετερότητα του αποδεχόμενος τις έντονες προβολές του ασθενούς που αντικατοπτρίζουν τον πρωτόγονο εσωτερικό του κόσμο, την πρώιμη εσωτερική δομή του και τα ενδοβλημένα γονεϊκά του πρότυπα. Οι συμβιωτικές και συγχωνευτικές επιθυμίες συνυπάρχουν με τις επιθυμίες του ασθενή για αυτονομία και αποχωρισμό σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η ψυχοθεραπεία απαιτεί συχνότητα δύο τουλάχιστον συνεδριών εβδομαδιαίως με παράλληλη συμβουλευτική υποστήριξη των γονιών.

8. ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί μία από τις ενδεικνυόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας στην εφηβεία και ποικίλες κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει πλέον την αποτελεσματικότητά της.

Διάφοροι θεωρητικοί της συστημικής προσέγγισης είχαν προσπαθήσει από

νωρίς να αναπτύξουν αιτιολογικές υποθέσεις για την ψυχογενή ανορεξία. Έτσι, η Selvini-Palazzoli παρατήρησε ότι στις οικογένειες ανορεκτικών ασθενών συχνά παρουσιάζεται υποτίμηση των προσωπικών επιθυμιών και υπερεκτίμηση των αναγκών των άλλων, συμπεριφορές αυτοθυσίας και αυτοενοχοποίησης, επιθυμία των γονέων για ένα «τέλειο» παιδί και διαστρέβλωση των μηνυμάτων του ενός μέλους προς το άλλο. Ο Minuchin από την άλλη πλευρά πρότεινε το μοντέλο της «ψυχοσωματικής» οικογένειας, στην οποία περιλαμβάνεται και η «ανορεκτική» οικογένεια. Μεταξύ άλλων, τα βασικά χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών είναι η υπερεμπλοκή, η ακαμψία, η υπερπροστατευτικότητα και η αποφυγή των συγκρούσεων.

Ένα από τα πιο γνωστά θεραπευτικά μοντέλα, που έχουν βασιστεί στις αρχές της οικογενειακής θεραπείας, είναι το μοντέλο των “Maudsley Parents”. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα μοντέλο, που αναπτύχθηκε με στόχο την αντιμετώπιση των έφηβων ανορεκτικών ασθενών από τον Christopher Dare στο Maudsley Hospital του Λονδίνου και αργότερα εξελίχθηκε από τους Daniel Le Grange και James Lock στα Πανεπιστήμια Chicago και Stanford των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής¹⁵. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι το θεραπευτικό αυτό μοντέλο αποτελεί την πιο αποτελεσματική προσέγγιση για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία κάτω των 18 ετών με έναρξη της νόσου εντός της τελευταίας 3ετίας. Η οικογενειακού τύπου θεραπεία έχει υιοθετηθεί επίσης και από μοντέλα θεραπευτικής αντιμετώπισης της βουλιμίας με ενθαρρυντικά έως τώρα αποτελέσματα.

Το μοντέλο των “Maudsley Parents” περιλαμβάνει 10-20 συνεδρίες, στις οποίες μπορεί να συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας ταυτόχρονα ή ξεχωριστά, και διαρκεί κατά μέσο όρο 6 έως 12 μήνες. Μπορούμε να διακρίνουμε αδρά 3 φάσεις της θεραπείας: την πρώτη φάση (συνεδρίες 1-10), όπου οι γονείς είναι υπεύθυνοι για την αποκατάσταση του βάρους του/ της εφήβου, την δεύτερη φάση (συνεδρίες 11-16), όπου οι γονείς επιστρέφουν τον έλεγχο σχετικά με το φαγητό στον/ την έφηβο και την τρίτη φάση (συνεδρίες 17-20), όπου πια συζητούνται αναπτυξιακά ζητήματα και ζητήματα ταυτότητας του/ της εφήβου.

Η εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας στην κλινική πράξη φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την μείωση της αναγκαιότητας ενδονοσοκομειακής νοσηλείας των εφήβων με ανορεξία. Έτσι, το 2003 η οικογενειακή θεραπεία εφαρμόστηκε στο νοσοκομείο Westmead Children’s Hospital του Σίδνεϋ και στο διάστημα αυτό παρατηρήθηκε μια μείωση της τάξης του 50% στις επανεισαγωγές. Το 2009 έγινε εφαρμογή της στο Royal Children’s Hospital της Μελβούρνης και αναφέρθηκε μείωση κατά 56% στις εισαγωγές, 75% μείωση στις επανεισαγωγές και 51% μείωση στις συνολικές ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας¹⁶.

9. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής περιλαμβάνει τρία βασικά μοντέλα:

- Ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση για ασταθείς οργανικά ασθενείς.
- Ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση για αποκατάσταση του σωματικού βάρους.
- Ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση για τροποποίηση συμπεριφοράς (θεραπεία περιβάλλοντος)
- Εξωνοσοκομειακή ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση, που περιλαμβάνει την οικογενειακή θεραπεία και την ατομική ψυχοθεραπεία του/ της εφήβου.

Όσον αφορά στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι πρέπει πιθανότατα να αναθεωρηθεί η συνήθης έως τώρα πρακτική ως προς τους θεραπευτικούς στόχους και πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων με σκοπό την αποκατάσταση του βάρους, σύμφωνα με την οποία πρέπει να «ξεκινάς χαμηλά και να αυξάνεις αργά». Φαίνεται λοιπόν ότι το να «ξεκινάς υψηλά και να αυξάνεις γρήγορα» μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική μέθοδος ως προς την πρόσληψη βάρους, την οργανική σταθερότητα και τις ημέρες της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Ωστόσο, ελάχιστες σχετικές κλινικές μελέτες είναι διαθέσιμες ως σήμερα.

Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία ως θεραπεία πρώτης γραμμής δεν φαίνεται να προσφέρει πλεονεκτήματα έναντι της εξωνοσοκομειακής διαχείρισης της προβληματικής. Αυτό άλλωστε φαίνεται και από το γεγονός ότι περιπτώσεις, που απέτυχαν θεραπευτικά κατά την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, παρουσιάζουν πολύ φτωχά αποτελέσματα και μετά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Ενώ η νοσηλεία μπορεί να ευνοήσει σωματικά τον ασθενή μπορεί να καταστρέψει την διαπροσωπική σχέση, η οποία πιθανότατα θα είχε μια πολύ πιο θεραπευτική επίδραση. Οι ασθενείς δε με ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατά βάση σε εξωνοσοκομειακή βάση. Βασικοί θεραπευτικοί στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η πλήρης αποκατάσταση του βάρους στην ψυχογενή ανορεξία και η οριστική διακοπή των επεισοδίων υπερφαγίας και κάθαρσης στην ψυχογενή βουλιμία.

Έως σήμερα δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις υπέρ της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η φλουοξετίνη, ένας ειδικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) έχει χρησιμοποιηθεί στην ψυχογενή βουλιμία, με στόχο την καταστολή της όρεξης και τον περιορισμό των επεισοδίων υπερφαγίας. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί πως η φαρμακοθεραπεία δεν είναι επαρκής θεραπεία της βουλιμίας ως μονοθεραπεία και πρέπει να χρησιμοποιείται παράλληλα με ψυχολογικές θεραπείες.

Πίνακας 1. Διατροφικοί στόχοι κατά τη θεραπεία εφήβων ασθενών με ψυχογενή ανορεξία

Στόχοι διατροφικής θεραπείας στη νευρογενή ανορεξία

1. Αποκατάσταση σωματικού βάρους
2. Διατήρηση σωματικού βάρους
3. (α) Υγιείς διατροφικές συνήθειες
(β) Ισορροπημένη πρόσληψη φαγητού και θρεπτικών συστατικών
(γ) Μεγάλη ποικιλία φαγητών

10. ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πορεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής ποικίλει σημαντικά. Γενικά, περίπου 65% των ασθενών έχουν καλή έκβαση και διατηρούν φυσιολογικό βάρος, 20% παραμένουν σχετικά λιποβαρείς μακροπρόθεσμα και 15% έχουν φτωχή έκβαση διατηρώντας σοβαρά χαμηλό βάρος. Η φτωχή έκβαση συνδέεται με πολύ πρόωμη ή καθυστερημένη έναρξη της διαταραχής, χρόνια πορεία, σοβαρή απώλεια βάρους, εμμένουσες δυσκολίες στις σχέσεις και συνύπαρξη συμπτωμάτων ανορεξίας και βουλιμίας.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, τόσο λόγω της αυξανόμενης συχνότητάς τους, όσο και λόγω της βαρύτητας της συμπτωματολογίας τους. Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά και πρόληψη των διαταραχών αυτών, απαραίτητη είναι η στενή συνεργασία μιας ευρείας διεπιστημονικής ομάδας. Ιδιαίτερα δε όσον αφορά στον τομέα της πρόληψης, αποφασιστικός είναι ο ρόλος της κατάλληλης εκπαίδευσης των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας (γενικοί ιατροί, ειδικοί παθολόγοι, παιδίατροι), ώστε να επιτυγχάνεται έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση τόσο των πρόωμων σημείων και συμπτωμάτων, όσο και των υποτροπών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC, Taylor CB, Daniels S, Crawford PB, Schreiber GB. Eating Disorders in White and Black Women. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1326-1331.
2. Swanson, SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:714-723.
3. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003, 361:407-416.
4. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:724-731.
5. van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in

- the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006, 39:565-569.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
 7. Sours JA. The anorexia nervosa syndrome: phenomenologic and psychodynamic components. *Psychiatr Q* 1969, 43:240-256.
 8. Mahler MS. Rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Psychoanal Q* 1972,41:487-506.
 9. Mitchell JE. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatr Med* 1983, 1:229-255.
 10. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006, 19:389-394.
 11. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpelä M, Rantanen P. Bulimia and bulimic behaviour in middle adolescence: more common than thought? *Acta Psychiatr Scand* 1999, 100:33-39.
 12. Fairburn CG, Cooper PJ. The clinical features of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1984, 144:238-246.
 13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
 14. Sperling M. Case histories of anorexia nervosa. In: Sperling O (ed) *Psychosomatic Disorders in Childhood*. Jason Aronson, New York, 1978:139-173.
 15. Le Grange D. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry* 2005, 4:142-146.
 16. Hughes, Elizabeth K, Le Grange D, Court A, Yeo M, Campbell S, Whitelaw M, Atkins L, Sawyer SM. Implementation of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *J Pediatr Health Care* 2014, 28:322-330.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποια είναι η λιγότερη συχνή μεταξύ των διαταραχών πρόσληψης τροφής;
Α. Η ψυχογενής ανορεξία
Β. Η ψυχογενής βουλιμία
Γ. Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (binge eating disorder)
2. Η ανορεξία αποτελεί ένα από τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
3. Ποια είναι η μέση ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας;
Α. Κάτω των 10 ετών
Β. Τα 14 έτη
Γ. Η 3η δεκαετία της ζωής
4. Ποια από τα παρακάτω περιλαμβάνονται στην συμπτωματολογία της ψυχογενούς βουλιμίας;
Α. Σοβαρή απώλεια σωματικού βάρους
Β. Αμηνόρροια
Γ. Επεισόδια υπερφαγίας
Δ. Οστεοπενία
5. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μονοθεραπεία για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.
ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

7. Απαντήσεις

1. Ψυχοπαθολογία της εφηβείας: Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες

1. Γ
2. Δ
3. Σωστό
4. Λάθος
5. Λάθος

2. Η αναμόρφωση της ταυτότητας στην εφηβεία και οι κίνδυνοι για παροδική ή χρόνια ψυχοπαθολογία

1. Α, Β
2. Δ
3. Α, Β
4. Γ
5. Α, Β, Γ

3. Η διαγνωστική εκτίμηση του εφήβου

1. Γ
2. Ε
3. Β
4. Ε
5. Ε

4. Οι ψυχώσεις κατά την εφηβική ηλικία

1. Σωστό
2. Λάθος
3. Λάθος
4. Λάθος
5. Σωστό

5. Κατάθλιψη στην εφηβεία

1. Δ
2. Λάθος
3. Σωστό
4. Λάθος
5. Γ

6. Η ψυχική οικονομία των διαταραχών πρόσληψης τροφής: Ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία, επεισοδιακή υπερφαγία

1. Α
2. Λάθος
3. Β
4. Γ
5. Λάθος